

Modulo di richiesta accredito Open Day

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO TRAMITE E-MAIL AVENTE AD OGGETTO: **ACCREDITO OPEN DAY 2025** A COMMERCIALE.EXPOMEDICINA@GMAIL.COM

Il/la sottoscritto/a _____ Documento Identità n. _____

codice fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono/cellulare _____ e-mail _____



26 OTTOBRE 2025

Orario dalle **9:30** alle **18:00**

Indicare un orario di preferenza _____

LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA, OVE POSSIBILE, PROVVEDERÀ AD INVIARE UNA E-MAIL CON NUMERO DI PRENOTAZIONE

VISITE PRENOTABILI SCREENING E PREVENZIONE



Tumore della mammella 50-69 anni (mammografia)



Malattie croniche non trasmissibili



Vaccinazioni (antinfluenzale HPV)



Screening Oculistico Adulti



Prevenzione Cardiovascolare (ECG - Ecocardiogramma)



Tumore del collo dell'utero 25-64 anni (pap o hpv test)



Malattie sessualmente trasmissibili (prelievo venoso)



Tumore della Prostata (PSA - ecografia)



Screening Visivo Pediatrico 3-8 anni



Prevenzione della Osteoporosi (eco con metodo REMS)



Tumore del colon retto 50-69 anni



Melanoma



Tumore della Tiroide (ecografia)



Logopedico Pediatrico 3-8 anni



Sportello amministrativo (rilascio tessera sanitaria cambio medico esenzione ticket)

Dichiarazione privacy

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD, acconsento al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

Data _____

Firma per concedere il consenso _____

Per qualsiasi informazione e assistenza contattare segreteria organizzativa al +39 347 675 4533 - +39 095 7226030