



Si prega di scrivere in stampatello*

.....
Il sottoscritto
.....
nato a il
.....
residente a prov.
.....
Via/Piazza n° CAP
.....
Codice Fiscale
.....
E-mail
.....
PEC
.....
Cellulare
.....
 Medico Chirurgo N. Iscr. Ordine dei Medici / Albo:
.....
 Specialista in
.....
 Psicologo Infermiere Farmacista Altro Specializzando in:
.....
Ente/Struttura di appartenenza
.....
 L: Libero Professionista
 D: Dipendente
 C: Convenzionato
 P: Privo di occupazione
.....

***Dati obbligatori** ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM.
Evento n°217328 - N. 8 crediti per le seguenti professioni: MEDICO CHIRURGO: andrologia, endocrinologia, urologia, ginecologia e ostetricia, chirurgia plastica e ricostruttiva, medicina generale (medici di famiglia) psichiatria, oncologia, radioterapia), - INFERMIERI - PSICOLOGO: psicologia, psicoterapia -BIOLOGO -FARMACISTA: farmacia ospedaliera, farmacia territoriale --ASSISTENTE SANITARIO.
Provider ECM n. 312 - A.C.ME. SRL.

ISCRIZIONE GRATUITA per un massimo di 100 PARTECIPANTI.
La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675

Data..... Firma.....

La presente scheda compilata in ogni sua parte va inviata alla Segreteria Organizzativa entro il 25 Marzo 2018.

