

SCHEDA D'ISCRIZIONE AL PERCORSO DI FORMAZIONE

EVENTO

Titolo _____

Data ____/____/____ Luogo _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ Provincia _____

Indirizzo _____ n. _____

Azienda di appartenenza _____

Struttura _____

Qualifica _____

Disciplina (per i medici) _____

Indirizzo servizio _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail _____

Si informa, ai sensi del D.Lgs. 196/03, che i dati personali da Lei forniti mediante compilazione della presente scheda saranno raccolti e trattati in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza e solo ai fini del corretto rilascio dell'attestato con crediti ECM e per le comunicazioni relative al presente evento.

Firma _____

Data ____/____/____

Note per la partecipazione all'evento

L'evento è accreditato ECM, l'attestato con i crediti sarà inviato, su richiesta, a chi partecipa ad almeno l'80% delle ore e supera la prova di apprendimento.

ATTENZIONE

Questo modulo può essere compilato direttamente in pdf
Una volta compilato salvatelo sul vostro pc e inviatelo via mail