

E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)
Scheda dati partecipanti da compilare e riconsegnare alla Segreteria Tecnica ECM
“Corso di base di BLS”

La scheda d'iscrizione va inviata via fax al n. 0953782580 o via mail all'indirizzo: formazione@policlinico.unict.it

DATI PERSONALI

(DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

COGNOME E NOME _____

INDIRIZZO PRIVATO _____

CAP - CITTA' _____

E-MAIL _____

TEL. / CELL. / FAX _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ANNO LAUREA _____

SPECIALIZZAZIONE _____

ANNO SPECIALIZZAZIONE _____

CODICE FISCALE _____

DISCIPLINA (SOLO PER MEDICI) _____

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI _____

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA _____

CAP - CITTA' _____

RUOLO [Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario; ...] _____

INDIRIZZO _____

TEL. / FAX _____

Professioni:

MEDICO

SPECIALIZZANDO

ALTRO _____

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L 165/2003 a tutela della privacy. *Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.*

Firma