

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