



E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)
Scheda dati partecipanti da compilare e riconsegnare alla Segreteria Tecnica ECM
Update in TEE, Cardiac Anaesthesia and Critical Care

Catania, 15th APRIL 2014

Facoltà di Medicina e Chirurgia “Aula Magna” Corpo Aule e Biblioteca
 O .U. “ Policlinico - Vittorio Emanuele” P.O. “G. Rodolico” Via S. Sofia,78 Catania

La scheda d'iscrizione va inviata via mail all'indirizzo: anestesiaerianimazione.ct@gmail.com

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 _____

La durata, i contenuti minimi e le modalità della formazione sono stabilite da E.C.M. L'iscrizione al corso è gratuita. Le lezioni saranno effettuate durante l'orario di lavoro. I crediti formativi saranno convalidati solo previa frequenza del 75% del monte ore previsto per lo specifico corso e dopo il superamento dell'esame finale.

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. 196/2003 a tutela della privacy.

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Firma