

# IMAGING E CLINIMETRIA IN REUMATOLOGIA

X Corso di Formazione

CATANIA, SCUOLA PER LA GESTIONE DEI SERVIZI INFERMIERISTICI OSPEDALE VITTORIO EMANUELE

2 - 3 Dicembre 2016



## Scheda d'iscrizione per crediti ECM

La scheda d'iscrizione debitamente compilata dovrà pervenire alla Fininvest Congressi s.r.l. per fax 095.370419 o scannerizzata via E- mail: [ecm@fininvestcongressi.it](mailto:ecm@fininvestcongressi.it) entro il 21/12/16

Si prega di compilare il modulo in stampatello. **Tutti i dati sono obbligatori, in mancanza di tali dati (o se illeggibili) non sarà possibile essere iscritti al corso né ricevere i crediti formativi.**

CODICE FISCALE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TEL. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL (obbligatoria, sarà utilizzata per inviare attestato ECM) \_\_\_\_\_

SONO INTERESSATO AI CREDITI ECM  SI  NO

Professione:  Medico

N° iscrizione Ordine N° \_\_\_\_\_

PER I MEDICI indicare la disciplina di specializzazione posseduta tra le seguenti  
(uniche discipline accreditate per il corso):

- Medico di Medicina Generale Medico di Medicina Interna Angiologia Oftalmologia  
Dermatologia e Venereologia Anestesia e Rianimazione Ematologia Nefrologia  
Comunità Assistenziale Medicina Fisica e Riabilitazione Medicina dello Sport Ortopedia  
e Traumatologia Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Radiodiagnostica  
Reumatologia Malattie Infettive Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro  
Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Autorizzo la FINIVEST CONGRESSI SRL al trattamento dei miei dati e ad inserirli nelle sue liste. La legge n.45, 26/2/04 art. 7 e 13 stabilisce che posso avere accesso ai miei dati personali, chiedere la loro modifica o cancellazione o oppormi all'uso di essi.

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_