A.I.C.O.	SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI	All06Pro01
		Rev.04 – 10/09/2013
	E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua agenas. if. Norma UNI EN ISO 9001:2008	Pagina 1 di 1

Evento Formativo N° evento in fase di accreditamento

Regione Abruzzo, Marche, Molise ed Umbria

Elettrochirurgia: Adeguato utilizzo e sicurezza dei device
Teramo 17/11/2018

Cognome*_____Nome*_____

Data di nascita*_____Luogo di nascita*_____Prov.*_____

Indirizzo*_____n°_____

CAP*_____Città*_____Prov.*____

Tel._____Fax_____Cell:_____

E-mail_____

Codice Fiscale* /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Professione*_____Struttura lavorativa_____

Ospedale _____

Tel. Ufficio_____Fax Ufficio_____

La scheda di iscrizione deve essere inviata completa di tutti i dati, con copia dell'avvenuto pagamento al numero di
Fax* 0861/241838 *o via mail info@opiteramo.it

La quota di iscrizione da diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione attestato ECM

Il sottoscritto dichiara di conoscere le modalità di partecipazione all'evento ai fini del conseguimento dell'attestazione di partecipazione e dei crediti formativi assegnati allo stesso dalla Commissione nazionale ECM. Il sottoscritto dichiara pertanto di essere consapevole che la inosservanza delle regole e delle modalità di partecipazione comporterà l'esclusione incondizionata dal diritto a conseguire le attestazioni di partecipazione su riportate.
Dichiaro di essere informata , ai sensi e per gli effetti del D.Leg. n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data*_____ Firma*_____

* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.