

IL PAZIENTE ANZIANO TRA FRAGILITÀ E RISORSE.
LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA CRONICITÀ AL DOMICILIO

Scheda di iscrizione (Compilare in stampatello)

COGNOME NOME

NATO ILA.....()

PROFESSIONE SANITARIA (specificare):.....

N .ISCRIZIONE Ordine/collegio di _____

DISCIPLINA:

ALTRO:.....

ATTIVITA': dipendente() libero professionista() convenzionato() privo di occupazione()

TEL FAX..... CELL.....

EMAIL pec

INDIRIZZO : VIA/PIAZZA N

CAP CITTÀ..... (.....)

CODICE FISCALE.....

Il/la sottoscritto/a chiede di essere iscritto/a al corso di aggiornamento che si svolgerà a **Pieve di Cento**

Il 10 maggio 2019.

il sottoscritto dichiara:

()1- di NON essere stato invitato da alcuno sponsor

() 2-di essere stato invitato dal seguente sponsor e di aver accettato l'invito SI () NO ()
e di aver ottenuto la necessaria autorizzazione da parte dell'Azienda di lavoro.

Li,..... Firma _____

Ai sensi della L. 196/03e succ.mod. autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità strettamente connesse al Corso e per gli adempimenti previsti dalle procedure formative. (SI) (NO)

Autorizzo, altresì, ad effettuare eventuale ripresa video e fotografica (SI) (NO).

Li,..... Firma _____

N.B.:Corso per tutte le professioni sanitarie. Il n. dei posti e' limitato. Le iscrizioni saranno accettate nei limiti dei posti previsti e seguendo l'ordine cronologico delle richieste pervenute. I crediti formativi (ECM 7) sono stati richiesti e saranno assegnati ai partecipanti se in diritto.

ISCRIZIONE gratuita SARÁ INVIATA RISPOSTA DI ACCETTAZIONE

Inviare a: EMAIL: sportsalute@us.acli.it

Info ecm: sapmif@gmail.com