

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

Scheda di iscrizione (Compilare in stampatello)

COGNOME ..... NOME .....

NATO IL ..... A.....( )

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](mailto:sportsalute@us.acli.it)**

Info ecm: [sapmif@gmail.com](mailto:sapmif@gmail.com)