



La rivascolarizzazione miocardica oggi  
Hotel Crystal Trapani  
12-13 aprile 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Dott. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**E' obbligatorio indicare una delle seguenti discipline,  
il mancato o parziale inserimento dei dati porterà all'esclusione dai crediti ECM**

Professione	Discipline
<input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO (multidisciplinare)	_____ (è obbligatorio indicare la disciplina)
<input type="checkbox"/> INFERMIERE	

L'OTTENIMENTO DEI CREDITI ECM E' SUBORDINATO ALLA FREQUENZA DEL 100% DELL'EVENTO FORMATIVO  
E AL SUPERAMENTO DELLA PROVA

**EVENTO N. 2263 – 248134**

Libero professionista  Dipendente  Convenzionato  Privo di occupazione

**L'iscrizione è gratuita, ma è obbligatorio compilare ed inviare la scheda di iscrizione a  
Centro Organizzazione Congressi - fax: 0942.24251 - e-mail: info@centrocongressi.biz**

Il sottoscritto acquisisce le informazioni di cui al d.lgs 196/06 conferisce il proprio consenso:

alla raccolta e al trattamento dei dati personali per gli scopi e le finalità previste dal Programma Nazionale della Formazione Continua del Ministero della Salute – E.C.M. e limitatamente alla partecipazione del corso in oggetto indicato (**senza la relativa autorizzazione non verranno erogati i crediti**).

alla raccolta e al trattamento dei dati personali per l'invio di materiale informativo relativo ad eventi e congressi organizzati dal Centro Organizzazione Congressi

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_