Fondazione Pietro Paci

E.C.M. Educazione Continua in Medicina
Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

CORSO DI FORMAZIONE

"Nuovi modelli organizzativi e assistenziali in sanità"

Milano 31 gennaio 2013 - Evento Ecm *889- 51736[1]* **CREDITI ECM 4 (quattro)**

SEDE DEL CORSO

STARHOTEL RITZ – Via Spallanzani, 40 – 20129 Milano

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME E NOME……

INDIRIZZO……

CAP……..CITTA'……..PROV……

TEL……FAX……..CELL……

E-MAIL……

DATA E LUOGO DI NASCITA……

COD. FISCALE……N. ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI……

DISCIPLINA……

AZIENDA USL/A.O……

ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED ☐ **SI** **NUMERO ISCRIZIONE……..** ☐ **NO**

Estremi per la fatturazione se diversi dal partecipante: ☐ ENTE soggetto ad Iva ☐ ENTE non soggetto a Iva

ENTE……

INDIRIZZO……

CAP……..CITTA'……..PROV…..P.IVA/CF……

MODALITA' DI ISCRIZIONE

LE SCHEDE D'ISCRIZIONE DOVRANNO PERVENIRE VIA MAIL/FAX AL SEGUENTE INDIRIZZO:
Segreteria Fondazione Pietro Paci - Via Scarlatti, 27 - 20124 Milano
Tel. 026694767 - Fax 0266982507 - e-mail segreteria@fondazionepietropaci.it

QUOTA DI PARTECIPAZIONE
Il corso è gratuito.
Il corso è riservato a 100 partecipanti

MODALITA' D'ISCRIZIONE
- ☐ L'iscrizione viene confermata solo in seguito all'invio di questa stessa scheda,
- ☐ La conferma dell'avvenuta iscrizione verrà comunicata tramite fax/e-mail.

CONDIZIONI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI
Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata dell'evento formativo e la risposta positiva ad almeno il 80% delle domande del test d'Uscita.

RINUNCE
- ☐ Eventuali rinunce devono pervenire per iscritto almeno 5 giorni prima della data di inizio del Corso.
- ☐ Gli organizzatori si riservano la facoltà di annullare l'iniziativa o di modificare il programma dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce. Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali, come da informativa allegata, ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

Data_____Firma_____