

E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)

Scheda dati partecipanti da compilare e riconsegnare alla Segreteria Tecnica ECM

“Cent’anni di Pediatria a Catania. La neurologia pediatrica nei suoi variegati aspetti”

DATI PERSONALI

(DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

COGNOME E NOME

INDIRIZZO PRIVATO

CAP - CITTA'

E-MAIL

TEL. / CELL. / FAX

DATA E LUOGO DI NASCITA

ANNO LAUREA

SPECIALIZZAZIONE

ANNO SPECIALIZZAZIONE

CODICE FISCALE

DISCIPLINA (SOLO PER MEDICI)

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA

CAP - CITTA'

RUOLO [Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario; ...]

INDIRIZZO

TEL. / FAX

Professioni:

MEDICO

SPECIALIZZANDO

ALTRO _____

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L 675/1996 a tutela della privacy.
Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarò mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Firma