



PROVIDER

N° 640

PIANO ANNUALE FORMATIVO 2014



EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

SCHEDA DI ISCRIZIONE (compilare a stampatello)

N.B.: ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei campi segnati con (*) E' OBBLIGATORIA

Cognome* _____ Nome* _____

Nato a * _____ Il * _____

CODICE FISCALE */FISCAL CODE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza* _____

CAP* _____ Citta'* _____ Prov.* _____

Tel* _____ Cell. _____ / _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

DIPENDENTE * LIBERO PROFESSIONISTA * CONVENZIONATO*

PROFESSIONE* _____

DISCIPLINA * _____

SPONSOR _____ (spec. Solo se si e' stati sponsorizzati)

Altra figura Professionale _____

"Ai sensi della L.196/2003 si informa che i dati a lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I suoi dati saranno utilizzati, qualora sottoscriva i moduli di partecipazione, per l'espletamento delle procedure relative al corso in oggetto; potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerla aggiornata circa le nostre prossime iniziative. A tale ultimo fine potranno essere comunicati anche all' Ass. Parole e Immagini di Sicilia delegata ai servizi. Lei potra' esercitare il diritto di recesso, comunicandolo allo sportello ECM Ass. Parole e Immagini di Sicilia Via Alcide De Gasperi, 173 F Catania (CT) 95127."

TITOLO FORMATIVO: metamórphōsis - workshop in cure palliative e terapia del dolore

SEDE DEL CORSO: Hospice "Kairos" ASP 8 Siracusa
V.le Epipoli, 74 - 96100 Siracusa

DATA DEL CORSO: 06 Dicembre 2014 – 20 Dicembre 2014

DATA*

(valida per l'ordine di iscrizione
definitiva presso www.paroleimmagini.it)

VISTO E FIRMATO *

Segreteria Organizzativa E20
Fax:+39 1782288413
E-Mail: segreteria@italiae20.com