

**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “ SANTOBONO - PAUSILIPON”**

**PROVIDER REGIONALE ACCREDITATO E.C.M. n. 33**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE/ANAGRAFICA**

EVENTON**. 33-3297 14/06/2019**

**Sede Amministrativa II° Piano Via della Croce Rossa, 8 Riviera di Chiaia - 80122 Napoli**

**ANESTESIA LOCOREGIONALE ECOGUIDATA NEL PAZIENTE PEDIATRICO**

**CREDITI ECM ASSEGNATI 13,90**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome: | | | | |  | | | | | | | | | | Nome: | | | |  | | | | | |
| Data di Nascita: | | | | |  | | | | Luogo: | | |  | | | | | | | | Prov: | |  | | |
| Codice Fiscale: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | N.: | |  | |
| C.A.P.: | |  | | | Comune: | | |  | | | | | | | | | | | | Prov: | |  | | |
| Professione: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disciplina: se pertinente | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iscrizione Ordine/Collegio | | | | | | Provincia: | | | | |  | | Numero Tessera: | | |  | | | | | | | |
|  | Dipendente presso: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Libero Professionista | | | | | | | | |  | Convenzionato | | | | | |  | Privo di occupazione | | | | | | |
| Cellulare: | | |  | | | | | | | | e-mail: | |  | | | | | | | | | | | |
| **Dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.**  **Si autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 della normativa U.E. 679/2016 GDPR.**  **I dati saranno trattati esclusivamente in relazione all'organizzazione dell'evento formativo.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data: | | | 29/05/2019 | | | Firma richiedente: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

**L'evento formativo è destinato a 25 Medici Chirurghi**

**Compilare la scheda e trasmetterla, entro e non oltre il 30 maggio 2019, ad uno dei seguenti recapiti:**

***mail:* formazionesantobono@virgilio.it *fax:* 081 220 5192.**

*( Memorizzare l'indirizzo mail nei contatti della propria rubrica )*

**Il pagamento della quota di iscrizione, pari ad € 70,00, dovrà essere effettuato PREVIA CONFERMA DELL'AVVENUTA ISCRIZIONE DA PARTE DELL'UFFICIO, tramite bonifico bancario sul conto intestato a: AORN SANTOBONO PAUSILIPON IBAN IT55H0306903496100000300020 specificando nella causale: Iscrizione evento 3297.**

**La richiesta di eventuale fatturazione dovrà essere inviata, contestualmente alla ricevuta del bonifico, a** [**a.russo3@santobonopausilipon.it**](mailto:a.russo3@santobonopausilipon.it)**, indicando i dati necessari per l’emissione della fattura.**

Per ulteriori informazioni visitare il sito *web* aziendale o chiamare **081 220 5296 - 081 220 5394 - 081 220 5395**