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

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

**SCHEDA DI ISCRIZIONE/ANAGRAFICA**

EVENTON**. 33-2912** EDIZIONE N**. 1** DEL **13/11/2018**

**Sede Amministrativa II° Piano Via della Croce Rossa, 8 - Napoli**

**IL COMITATO ETICO TRA RICERCA E PRATICA CLINICA**

**CREDITI ECM ASSEGNATI 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 della vigente normativa europea in materia di privacy. I dati saranno trattati esclusivamente in relazione al convegno.** |
| Data: | 25/10/2018 | Firma richiedente: |  |

**L'evento formativo è destinato a 80 partecipanti d tutte le professioni Compilare la scheda e trasmetterla, entro due giorni feriali prima dell’inizio del corso, ai seguenti recapiti:**

***mail:* formazionesantobono@virgilio.it info 081 220 5296 *fax:* 081 220 5192.**

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