

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

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

**SCHEDA DI ISCRIZIONE – PERSONALE ESTERNO**

EVENTON**. 33-2342** EDIZIONE N**. 1** DAL **05/10/2017** AL **06/10/2017**

**Polo Didattico Via Della Croce Rossa 8 - Napoli**

**RIANIMAZIONE NEONATALE CON SIMULAZIONE AVANZATA**

**CREDITI ECM ASSEGNATI 24,40**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 del Dlgs. n. 196/03 per i fini istituzionali.** |
| Data: | 05/09/2017 | Firma richiedente: |  |

**L'evento formativo è destinato a 25 partecipanti delle seguenti professioni: Medico chirurgo, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica/o.**

**Compilare la scheda e trasmetterla, entro due giorni feriali prima dell’inizio del corso, ai seguenti recapiti:**

***mail:* formazionesantobono@virgilio.it *tel/fax:* 081 220 5395.**

**Il pagamento della quota di iscrizione, pari ad € 100 , dovrà essere effettuato, prima di inviare la presente scheda, tramite bonifico bancario sul conto intestato a: AORN SANTOBONO PAUSILIPON IBAN IT20X0101003593100000301474 specificando nella causale: Iscrizione evento 33-2342**

**La richiesta di eventuale fatturazione dovrà essere inviata, contestualmente alla presente scheda ed alla ricevuta del bonifico, a** **a.russo3@santobonopausilipon.it****, indicando i dati necessari per l’emissione della fattura.**