

XIII EDIZIONE "INCONTRI REUMATOLOGICI ETNEI"  
Catania, Aula Magna Facoltà di Agraria –Cittadella Universitaria- 5/6 Giugno 2015



Scheda d'iscrizione per crediti ECM

La scheda d'iscrizione debitamente compilata dovrà pervenire alla Fininvest Congressi s.r.l. per fax 095.370419 o scannerizzata via mail [segreteria@fininvestcongressi.it](mailto:segreteria@fininvestcongressi.it) entro e non oltre il 22 Maggio 2015

Si prega di compilare il modulo in stampatello. **Tutti i dati sono obbligatori, in mancanza di tali dati (o se illeggibili) non sarà possibile essere iscritti al corso né ricevere i crediti formativi.**

CODICE FISCALE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TEL. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL (obbligatoria, sarà utilizzata per inviare attestato ECM) \_\_\_\_\_

SONO INTERESSATO AI CREDITI ECM  SI  NO

Professione:  Medico  Fisioterapista  Farmacista

N° iscrizione:  Ordine  Collegio  Associazione professionale N° \_\_\_\_\_

- PER I MEDICI: specificare la disciplina di specializzazione posseduta tra le seguenti (uniche discipline accreditate per il corso):

- MMG  Medicina Interna  Nefrologia  
 Dermatologia e Venereologia  Oftalmologia  Reumatologia  
 Medicina Fisica e Riabilitazione  Ortopedia e Traumatologia

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE:  Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

- PER I FARMACISTI: indicare se:  Farmacista territoriale  Farmacista Ospedaliero

Autorizzo la FINIVEST CONGRESSI SRL al trattamento dei miei dati e ad inserirli nelle sue liste. La legge n.45, 26/2/04 art. 7 e 13 stabilisce che posso avere accesso ai miei dati personali, chiedere la loro modifica o cancellazione o oppormi all'uso di essi.

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_