SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

DATI PERSONALI Luogo di nascita_____Prov_____

Data di nascita _____CF /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Indirizzo Privato_____

Cap_____Città_____Prov_____

RECAPITI Tel_____Cell_____

Email*_____@_____

PROFESSIONE

☐ **PERSONALE SANITARIO**

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione _____

Disciplina (per Medico, Farmacista, Psicologo)_____

Azienda Ospedaliera_____

Città_____Prov_____

☐ **AVVOCATO**

Richiesta crediti in materia di DIRITTO PENALE FAMILIARE E MINORILE ☐ SI ☐ NO

Foro di appartenenza_____

☐ **ALTRO** (indicare la professione)_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data_____ Firma_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa via mail (congressi@smatteo.pv.it) o via fax (0382 502508) 18 maggio 2019

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia