

**RICERCA CLINICA NO PROFIT:  
PROCEDURE OPERATIVE STANDARD E BUONA PRATICA CLINICA  
22-23 NOVEMBRE 2011**

**INFORMAZIONI**

**SEDE**

Aula Ematologia (Struttura di Ematologia, Ultimo piano)  
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo  
V.le Golgi 19, 27100 Pavia

**ISCRIZIONE**

L'iscrizione è gratuita.

Per iscriversi è necessario inviare la scheda di iscrizione entro il **18 novembre 2011** alla segreteria organizzativa ([congressi@smatteo.pv.it](mailto:congressi@smatteo.pv.it); fax: 0382 502508)

**E.C.M. REGIONALE (Regione Lombardia)**

ACCREDITAMENTO PER N. 30 PARTECIPANTI

**PROFESSIONI:**

Medico chirurgo (tutte le discipline)  
Farmacista (disciplina Farmacia Ospedaliera)  
Biologo  
Infermiere  
Infermiere Pediatrico  
Tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico  
Tecnico sanitario di radiologia Medica  
Ostetrica/o

- ID. EVENTO: da definire
- N. CREDITI: da definire

*I CREDITI REGIONALI, sulla base dell'accordo - in materia di programma di Formazione Continua - sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (D.G.R. VII/18576 del 5.08.2004 e del 20.05.04), hanno valenza su tutto il territorio nazionale.*

L'attestato di partecipazione con i crediti concessi sarà inviato al termine del corso a fronte della partecipazione all'80% delle lezioni in programma (pari a circa 12 ore delle 15 previste), del superamento del Test di Verifica dell'Apprendimento che verrà effettuato al termine dei lavori e della compilazione della Scheda di Valutazione consegnata al momento della registrazione.

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Direzione Scientifica - Ufficio Organizzazione Congressi  
Referente: Valentina Milesi  
Tel.0382 503490 - Fax 0382 502508 - Cell. 331 6408688  
E-mail: [congressi@smatteo.pv.it](mailto:congressi@smatteo.pv.it)

**PROVIDER ECM REGIONE LOMBARDIA**

FORMAZIONE & COMUNICAZIONE

Referente: Manuela Corona Mendoza  
Tel. 02 49523450 - Fax 02 75280968 - Cell. 340 9200749  
E-mail: [manuela.coronamendoza@formazionecomunicazione.com](mailto:manuela.coronamendoza@formazionecomunicazione.com)

**RICERCA CLINICA NO PROFIT:**  
**PROCEDURE OPERATIVE STANDARD E BUONA PRATICA CLINICA**  
22-23 NOVEMBRE 2011

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Richiesta crediti ECM                    SI                    NO

Cognome\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CF /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo Privato\_\_\_\_\_

Cap\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Professione\_\_\_\_\_

Disciplina\_\_\_\_\_

Ente/Società\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_

\*Tutte le iscrizioni accettate saranno confermate all'indirizzo mail indicato

*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\_\_\_\_\_