



**CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO**  
**V EDIZIONE: 3-4 marzo 2015**  
Aula Didattica n. 2 - Padiglione DEA  
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Professione  Infermiere  Ostetrico/a  Medico (disciplina \_\_\_\_\_)  
 Studente  Altro \_\_\_\_\_

Ente/Società \_\_\_\_\_

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

Reparto  Pronto Soccorso (CON PRECEDENZA)  Altro reparto \_\_\_\_\_  
 Altro reparto con impiego presso il PS - codici minori (CON PRECEDENZA)

Richiesta crediti ECM  SI  NO

Iscrizione SIMEU  SI (Infermiere ed Ostetrico/a € 50,00 - Medico € 97,60)

NO (Infermiere ed Ostetrico/a € 70,00 - Medico € 146,40)

**Allego copia bonifico di € \_\_\_\_\_**

**Invio in seguito copia bonifico di € \_\_\_\_\_**

**Iscrizione gratuita, per i dipendenti della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo**

### DATI PERSONALI

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

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

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

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

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

E-mail\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.

Si prega di scrivere in modo leggibile.

**DATI FATTURAZIONE**  **coincidono con i DATI PERSONALI** (NON compilare il riquadro sotto)

**diversi dai DATI PERSONALI** (si prega di compilare il riquadro sotto)

ditta/ente privato  ente pubblico esente IVA

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

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

P.IVA / COD.FISC. \_\_\_\_\_

*Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.*

*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 fax (0382 502508)  
o via mail ([congressi@smatteo.pv.it](mailto:congressi@smatteo.pv.it)) entro il 25 febbraio 2015**