



SCHEDA ISCRIZIONE  
**BLS-D** Id. 191034

**MAGGIO**

**GIUGNO**

NOME ..... COGNOME .....  
(Per favore scrivere in stampatello)

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

libero professionista     dipendente     convenzionato     non occupato

c/o struttura .....

Qualifica professionale .....

Iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.li num .....

REC. TEL.....E-MAIL .....

CODICE FISCALE .....P.IVA.....

RESIDENTE (città, cap e via).....

Il sottoscritto è consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi specifiche in materia (DPR 445/2000).

**Si prega inviare al fax 0665596484 oppure via email [formazione@acismom.it](mailto:formazione@acismom.it) copia del bonifico, intestato ad ACISMOM, unitamente alla presente scheda di iscrizione e la Segreteria Organizzativa confermerà l'iscrizione.**

*Data*

*Firma del partecipante*

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto acconsente che i suoi dati personali siano oggetto di trattamento da parte di questo provider ai fini di informazione dell'Evento Formativo e siano inseriti nell'applicazione ECM.ai sensi del D.Lgs. 196/03.

*Firma del partecipante*

\_\_\_\_\_