

SCHEDA ISCRIZIONE  ECM  NO ECM  
**Gestione delle ferite difficili**  
**(Wound Care)**

*Id. ECM 216932*  
Ospedale San Giovanni Battista – ROMA  
15 febbraio 2018

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).

A conferma dell'iscrizione di prega inviare al fax 0665596484 oppure via email [formazione@acismom.it](mailto:formazione@acismom.it)  
copia del bonifico, intestato ad A.C.I.S.M.O.M. unitamente alla presente scheda di iscrizione.  
La segreteria organizzativa confermerà la regolarità della registrazione

*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*

\_\_\_\_\_