



SCHEDA ISCRIZIONE

ECM

NO ECM

***DALLA DIASCHISI AL RECUPERO FUNZIONALE DELL'EMIPLEGICO: L'ARTO SUPERIORE***

*Id. ECM 2095 - 226798*

Ospedale San Giovanni Battista – ROMA

8 maggio 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 si 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*

\_\_\_\_\_