

# UPDATE IN MALATTIE RESPIRATORIE

La pneumologia nella città bianca

III EDIZIONE

Ostuni (BR) | 30 Novembre - 1 Dicembre 2018 | Hotel Monte Sarago

## Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388

mail: [rossella@e20econvegni.it](mailto:rossella@e20econvegni.it)

**ISCRIZIONE  
CONVEGNO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare**

*specificare specializzazione* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

## Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO AB. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

- dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza
- dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) \_\_\_\_\_

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

# UPDATE IN MALATTIE RESPIRATORIE

La pneumologia nella città bianca

III EDIZIONE

Ostuni (BR) | 1 Dicembre 2018 | Hotel Monte Sarago

**Scheda di adesione**  
da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388

mail: rossella@e20econvegni.it

**ISCRIZIONE  
CORSO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**INFERMIERE**

**FISIOTERAPISTA**

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

## Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO AB. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

- dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza
- dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) \_\_\_\_\_

N.B Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D .lgs. 196/2003.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_