



Segreteria organizzativa

Dott.ssa Alessandra Messina tel. 0957594934 fax 095.7594948

Dott.ssa Angela Pulvirenti tel. 0957594933

SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTO ECM

Deve pervenire entro il 25-05-2015

**Dolore acuto, cronico, oncologico: trattamento farmacologico, invasivo e palliativo
03-04 Giugno 2015**

RICHIESTA DATI DEI PARTECIPANTI

(si prega di compilare chiaramente a stampatello completo **di tutte** le informazioni richieste)

CODICE FISCALE

COGNOME E NOME

ISCRITTO ALL'ORDINE / COLLEGIO DI _____ n° _____

PROFESSIONE

(Indicare se MEDICO o INFERMIERE o PSICOLOGO o FISIOTERAPISTA-o ASS.SOCIALE)

DISCIPLINA

(solo per i MEDICI)

(Indicare se LIBERO PROFESSIONISTA o DIPENDENTE o CONVENZIONATO o PRIVO DI OCCUPAZIONE)

RECAPITO TELEFONICO CELLULARE.....

COMUNE DI NASCITA..... DATA DI NASCITA

DOMICILIO : VIA

E.MAIL.....

AZIENDA.....

U.O. DI APPARTENENZA.....

Catania, lì _____

Firma del partecipante

I dati raccolti sono strettamente confidenziali, verranno utilizzati a fini statistici e trattati nel rispetto della legge sulla Privacy (675/96)

Firma del Direttore di Struttura

(solo per i dipendenti dell'ARNAS Garibaldi)