E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua

age.na.s.

OPI

SCHEDA DI ISCRIZIONE

GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI INFETTE

EVENTO ECM N.1654- 411817

Matera 20 Aprile 2024

Via Cicerone 23 (Sede OPI) MATERA

Cognome *_____ Nome _____
Data di nascita *_____Luogo di nascita*_____
Prov.*___ Codice Fiscale* /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Indirizzo *_____ n°_____
CAP *_____ Città *_____ Prov. *_____
Tel. *_____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____
Pec * _____@_____
Collegio/Ordine/Ente di appartenenza*_____
Professione* _____
Disciplina _____
Dipendente Convenzionato SSN Libero professionista Senza occupazione
Azienda di appartenenza _____
Ospedale/Unità Operativa/Distretto _____

L'evento è accreditato per 6 crediti ECM, per infermieri e infermieri pediatrici, per 50 partecipanti.
Completare la scheda in ogni sua parte (i campi contrassegnati con * sono obbligatori).

Non verranno prese in considerazione le schede di iscrizione illeggibili e/o incomplete ed inviarla solo ed esclusivamente all'indirizzo email info@opimatera.it

Le iscrizioni saranno accettate in ordine di arrivo cronologico; quelle che arriveranno dopo il raggiungimento del numero di posti disponibili per gli ECM, saranno ammesse senza alcuna riserva a partecipare senza l'acquisizione dei crediti. In caso di assenza di uno degli iscritti con crediti, gli stessi verranno assegnati al primo iscritto (senza crediti) della giornata dell'evento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge 31/01/96 n°675 □

Data _____ Firma _____