



Per l'evento saranno assegnati n. 7,5 Crediti ECM (732-95662). L'evento è riservato a n. 150 partecipanti: tutte le professioni. **Obiettivo formativo: Epidemiologia - Prevenzione e Promozione della Salute**

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è obbligatorio: aver preso parte al 100% del programma dell'attività formativa; firma di entrata ed uscita sul registro; aver compilato la documentazione in ogni sua parte; aver superato il questionario di valutazione ECM (score 75%); aver compilato la scheda di valutazione evento ECM.

Il workshop è fuori accreditamento ECM

SCHEDA ISCRIZIONE

FACULTY

Amato Salvatore	Palermo
Bianchi Fabrizio	Pisa
Bisceglia Lucia	Matera
Bonichi Remo	Roma
Brugaletta Salvatore	Ragusa
Cacciola Salvatore	Catania
Candela Pina	Trapani
Carle Flavia	Roma
Caputi Achille	Messina
Carrozzi Giuliano	Casalgrande (RE)
Castaing Marine	Catania
Cernigliaro Achille	Palermo
Cislaghi Cesare	Cislaghi (MI)
Comba Pietro	Roma
Cusimano Rosanna	Palermo
Dardanoni Gabriella	Palermo
Davoli Marina	Roma
De Luca Giovanni	Palermo
De Palma Rossana	Bologna
D'Ippoliti Daniela	Roma
Di Fiore Pietro	Palermo
Ditta Leonardo	Palermo
Faggiano Fabrizio	Torino
Forastiere Francesco	Roma
Fusco Danilo	Roma
Galvano Luigi	Palermo
Greco Giuseppe	Acireale
La Placa Francesco	Palermo
Madeddu Anselmo	Siracusa
Malignaggi Sabrina	Siracusa
Miceli Patrizia	Palermo
Michelozzi Paola	Roma
Murolo Giuseppe	Catania
Nicita Alfonso	Siracusa
Nicolosi Daniela	Treviglio (BG)
Noto Giuseppe	Palermo
Palermo Mario	Palermo
Requirez Salvatore	Palermo
Saitto Carlo	Roma
Sammartano Salvatore	Palermo
Scondotto Salvatore	Palermo
Spicola Luigi	Palermo
Tisano Francesco	Siracusa
Tozzo Ignazio	Palermo
Trizzino Giorgio	Palermo
Tumino Rosario	Ragusa
Vannucci Andrea	Firenze
Vasselli Stefania	Roma
Vitale Francesco	Palermo

Inviare a: Segreteria Organizzativa New Service srl
fax 0932 080259 e-mail: a.vargetto@newserviceteam.com
(si prega di compilare la presente scheda in tutte le sue parti
in stampatello) fino ad esaurimento posti

ISCRIZIONE GRATUITA

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Cod. fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail _____

Professione: _____

Disciplina: _____

Azienda di appartenenza _____

Iscrizione Ordine/Albo/Collegio prof.le di _____
N. _____

Indicare se:

- libero professionista dipendente convenzionato
 privo di occupazione

Si informa che i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.L.vo n. 196/2003). I dati da Lei forniti verranno trattati per finalità contabili amministrative e per l'ottenimento dei crediti ECM. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo, informatico e telematico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato consenso a fornire tali dati non consentirebbe l'avvio delle procedure relative all'assegnazione dei crediti ECM.

Data _____ Firma _____