

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

(da inviare via fax allo 0984.830987 o via email a segreteria@jbprof.com)

ASPETTI MULTIDISCIPLINARI NELLA PRATICA CLINICA PEDIATRICA

21 Ottobre 2017

Sala Conferenze *Hotel Santa Caterina*, Scalea (CS)

Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M. (si prega di scrivere stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cod.Fisc. _____

Indirizzo _____ C.a.p. _____

Città _____ Prov. _____

Professione _____ Disciplina _____

Iscrizione Ordine N. _____ Prov. _____

Libero Professionista Dipendente Convenzionato Senza Occupazione

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Il corso, 8 crediti ECM cod. 201553, è accreditato per **Medici Chirurghi** (tutte le specializzazioni), **Farmacisti**, **Infermieri Professionali**, **Infermieri Pediatrici**, **Dietisti e Biologi** per un numero massimo di 100 partecipanti. L'iscrizione è gratuita e dà diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, pausa caffè, colazione di lavoro e attestato ECM.

La presente preiscrizione dovrà essere confermata, pena l'esclusione, attraverso la registrazione presso la segreteria J&B disponibile in sede congressuale, entro e non oltre le ore 9:00 di sabato 21 Ottobre. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico di registrazione e avranno diritto all'acquisizione dei crediti ECM i primi 100 iscritti.

La consegna dell'attestato ECM è subordinata all'effettiva partecipazione all'intero programma formativo ed al superamento della verifica dell'apprendimento.

Privacy

In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento. Qualora non desidero la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [] Qualora non desidero ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco []

Data _____

Firma _____