

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Compilare in stampatello ed inviare alla segreteria organizzativa

COGNOME

NOME

MEDICO CHIRURGO IN:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA | <input type="checkbox"/> NEUROCHIRURGIA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA DI COMUNITÀ | <input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGIA | <input type="checkbox"/> ANESTESIA E RIANIMAZIONE |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA | <input type="checkbox"/> MEDICINA LEGALE |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE | <input type="checkbox"/> NEUROFISIOPATOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA) |
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA) |
| <input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | <input type="checkbox"/> CONTINUITÀ ASSISTENZIALE |
| <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA) |
| <input type="checkbox"/> PEDIATRIA | <input type="checkbox"/> SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA |
| <input type="checkbox"/> PSICHIATRIA | <input type="checkbox"/> DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO |
| <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE |
| <input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> AUDIOLOGIA E FONIATRIA |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGIA GENERALE | <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGIA PEDIATRICA | <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE |



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FARMACISTA | <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA |
| <input type="checkbox"/> PSICOLOGO | <input type="checkbox"/> TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE E INFERMIERE PEDIATRICO | <input type="checkbox"/> TERAPISTA OCCUPAZIONALE |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA | <input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO | |
| <input type="checkbox"/> DIETISTA | |

AZIENDA/OSPEDALE/ENTE DI APPARTENENZA

NATO A

IL

INDIRIZZO PRIVATO

CAP - CITTA' - PROVINCIA

TELEFONO - FAX

MOBILE

CODICE FISCALE

E-MAIL

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Compilando la seguente scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto degli obblighi previsti dalla legge 196/2003

DATA

FIRMA



Un Polo Pediatrico per i ragazzi salentini

"LE DISABILITA' NEUROPSICHICHE DELL'ETA' EVOLUTIVA"

Castello Carlo V
16-17 Marzo 2018
LECCE

ACCREDITAMENTO ECM

Il convegno è stato accreditato, secondo le normative vigenti, con n. 7,7 crediti formativi ECM, per n. 200 partecipanti, presso il Ministero della Salute con N° ID 1072-220393 come attività formativa residenziale per medico chirurgo delle discipline indicate sul retro della scheda, farmacista, psicologia, infermiere e infermiere pediatrico, fisioterapista, biologo, dietista, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, logopedista.

Il rilascio della certificazione dei crediti è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento e al rilevamento delle presenze.

La frequenza effettiva sarà verificata per l'intera durata del convegno, mediante foglio di registrazione presenze e orari.

Per ottenere i crediti formativi ECM è necessario seguire interamente i lavori scientifici, rispondere correttamente al questionario di verifica, compilare la scheda di iscrizione, indicando tutti i dati richiesti in modo chiaro e completo. Il mancato o parziale inserimento dei dati anagrafici, comporterà la mancata assegnazione dei crediti ECM da parte del Ministero della Salute.

I crediti formativi ECM verranno assegnati dopo le dovute verifiche.

Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione da utilizzare ai fini del proprio curriculum professionale.

ISCRIZIONI E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al convegno è gratuita e a numero chiuso.

Saranno accettate le prime 200 iscrizioni in base all'arrivo delle stesse.

La richiesta di partecipazione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa, mediante l'apposita scheda da inviare a mezzo fax allo **0832.868090** o via e-mail a: segreteria@mittsolutions.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MITT SOLUTIONS
Via Cicolella, 8/D - 73100 LECCE
Tel. 0832.340555 - Fax 0832.868090
Cell. 329.8711152
www.mittmedical.com
e-mail: segreteria@mittsolutions.com

PROVIDER NAZIONALE ECM



Provider ECM n.1072
Albo Nazionale Age.Na.S.
Ministero della Salute
www.mittmedical.com