

SCHEDA DI ISCRIZIONE

“LA RIABILITAZIONE DEL BAMBINO CON PARALISI CEREBRALE INFANTILE: Aree di intervento meno esplorate”

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita* _____ Prov.* _____ Data di nascita _____

Via _____ N° _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

Email _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

CF* _____ Professione sanitaria* _____

Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

Struttura di appartenenza _____

Desidero partecipare ai seminari previsti nelle giornate:

20 settembre

25 ottobre

15 novembre

13 dicembre

Per ciascun seminario è previsto il riconoscimento dei crediti ECM (n. 2,8 crediti). L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione (80% di frequenza).

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM, come da regolamento Co.Ge.A.P.S.

La presente scheda di iscrizione è da rinviare compilata e firmata via fax al numero **02.48593312** o via email agli indirizzi: **c.luzzi@ccppdezza.it** – **a.marturano@ccppdezza.it**

La partecipazione all'evento è gratuita.

In caso di impossibilità a partecipare, occorre dare immediata comunicazione alla Segreteria Organizzativa.
La mancata comunicazione comporterà l'esclusione dai seminari successivi.

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n. 675/1996 e del DL n. 196/2003.

Data _____

FIRMA _____