

SCHEDA DI ISCRIZIONE

“LA VALUTAZIONE DEL BAMBINO CON PARALISI CEREBRALE INFANTILE: Metodologia e Strumenti”

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:

- 21 aprile 19 maggio 16 giugno
 22 settembre 27 ottobre 24 novembre

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 all' indirizzo: **c.luzzi@ccppdezza.it**

La partecipazione all'evento è gratuita

Data _____

FIRMA _____