



SCHEDA DI ISCRIZIONE- EVENTO RESIDENZIALE N. 643-6517

**LE SCALE DI VALUTAZIONE IN INFERMIERISTICA
CONOSCENZA, OPPORTUNITÀ E PROSPETTIVE PER UN ESERCIZIO PROFESSIONALE RESPONSABILE**

PALERMO 21/12/2019 _AULA MULTIMEDIALE

Si prega di rinviare questa scheda di iscrizione via mail a: ecm@infaop.com oppure via fax allo 091-6797965
Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle or 16.30

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nazione	
Data di nascita		Codice fiscale	
Residente a		Provincia	
Via		CAP	
Ente di appartenenza		Professione sanitaria	
Tel. / cell.		e.mail:	

CHIEDE

A codesto Provider regionale I.N.F.A.O.P l'iscrizione al "Corso ECM dal titolo : LE SCALE DI VALUTAZIONE IN INFERMIERISTICA CONOSCENZA, OPPORTUNITÀ E PROSPETTIVE PER UN ESERCIZIO PROFESSIONALE RESPONSABILE Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Albo/Ordine/Collegio di..... N.
2. Di essere Convenzionato Dipendente Libero professionista Privo di occupazione
3. Di partecipare al presente corso su invito di sponsor o enti professionali: SI NO
e se è SI quali:
4. Di riciedere l'attestato ECM (*previo superamento del Test di valutazione finale*) SI NO

Il corso è rivolto a 20 partecipanti, l'iscrizione è obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili e deve essere effettuata compilando la scheda di iscrizione entro il **18/12/2019**

Infermiere

Ragione sociale	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Indirizzo	

A completamento dell'iscrizione al corso, si allega alla presente:

-Copia del bonifico bancario di € **50,00 (cinquanta euro)** quale quota di iscrizione al corso in favore di **INFAOP . Banca Intesa San Paolo IBAN: IT49G0306909606100000116970**
causale: **Le scale** più cognome e nome del partecipante entro e non oltre il **18/12/2019**.

L'iscrizione dà dir **itto** alla partecipazione dei lavori scientifici, al coffee break, al light lunch e all'attestato di partecipazione ed all'atestato con i crediti definitivi (*previo superamento del test finale ECM*)

Ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 autorizzo INFAOP al trattamento dei miei dati personali

Data/...../.....

Firma _____

I.N.F.A.O.P - sede legale: Palermo via Castellana n. 110 – 90135 tel. 0917867261 - fax 0916797965

Email: ecm@infaop.com Pec : infaop@pcert.it - sito web: [http:// www.infaop.com](http://www.infaop.com)