

59° CONGRESSO

Gruppo Romano Laziale di ORL e Chirurgia Cervico - Facciale

YOUNG*Responsabile Scientifico: Prof. Stefano Di Girolamo***ROMA 28 SETTEMBRE 2019**

NOME E COGNOME

CODICE FISCALE

LUOGO E DATA DI NASCITA

QUALIFICA DISCIPLINA

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

INDIRIZZO PERSONALE.....

CAP..... CITTÀ PROV.....

TEL..... FAX..... CELL

E-MAIL PERSONALE.....

OSPEDALE.....

INDIRIZZO.....

CAP CITTÀ PROV.....

TEL. FAX

Roma, 28 Settembre 2019

Firma.....

La scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti prescritti dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM. I dati raccolti verranno tutelati in forma riservata in osservanza del D.Lgs n° 196/2003.

AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiaro di aver assistito appieno ai lavori congressuali (orario da programma).

In tale maniera ottempero al requisito di presenza richiesto dalla normativa ministeriale ECM e vincolante per la concessione dei crediti assegnati all'evento.

FIRMA