

PARALISI PERIFERICA DEL NERVO FACCIALE

Presidente Onorario: Prof. Marco de Vincentiis

Presidente del Corso: Prof. Gian Antonio Bertoli

Circolo Uff.li "Casa dell'Aviatore"

Venerdì, 15 Aprile 2016

ROMA

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..... N. ISCRIZ ALBO

OSPEDALE.....

INDIRIZZO.....

CAPCITTÀ PROV.....

TEL. FAX

MANSIONE NON OSPEDALIERA

Roma, 15 APRILE 2016

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