

## Prendersi cura della bocca del Neonato in Terapia Intensiva

CATANIA 9 - 10 DICEMBRE 2024

Scheda dati partecipante da compilare e consegnare alla Segreteria

**DATI PERSONALI** (DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CAP - CITTA' \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

TEL. / CELL. / FAX \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

**SPECIALIZZAZIONE** \_\_\_\_\_

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI \_\_\_\_\_

**ISTITUZIONE DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

DIPENDENTE       CONVENZIONATO       LIBERO PROFESSIONISTA

**RUOLO** (Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario;) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. / FAX \_\_\_\_\_

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L. 165/2003 a tutela della privacy.  
*Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.*

Data.....

Firma .....