****

Modulo di **ISCRIZIONE** al Corso per un totale di **9 CREDITI ECM** *rivolto a tutte le professioni sanitarie*

 **GESTIONE DELLE VIE AEREE
NEL PAZIENTE CRITICO**

**Giovedì 31 ottobre 2024**

**orario: 8:30 - 19:00**

**Sede corso: Hotel Promenade - MONTESILVANO (Pe)**

|  |
| --- |
| DATI ANAGRAFICI |
| Cognome |
| Nome |
| Codice Fiscale  |
| Nato a Prov. ( \_\_\_\_\_ ) - il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ |
| Residente a CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ - Prov. ( \_\_\_\_ )  |
| Via  |
| Telefono/Fax Cellulare |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| E-mail |

|  |
| --- |
| puoi scrivere anche tutto maiuscolo |
| **MA IN STAMPATELLO** |

 |  |

 |
| PROFESSIONE |
| DISCIPLINA |
| N° iscrizione albo/collegio |

 **iscritto FIALS € 10,00 NON iscritto € 50,00**

**Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all’art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente al trattamento dei dati personali all’unico scopo della gestione amministrativa e organizzativa di erogazione di attività formative così come previsto dal D.Lgs. 196/2003.**

 **Autorizzo Non autorizzo**

**Data** \_\_\_\_\_\_\_ **/** \_\_\_\_\_\_  **/ 2024 Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Una volta compilato il Modulo di Iscrizione inviarlo tramite mail a fialspescara@libero.it ***oppure*** contatta il tuo delegato sindacale |