****

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](mailto:fialspescara@libero.it)  ***oppure*** contatta il tuo delegato sindacale |