

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL BR
STAFF PER LA FORMAZIONE**

Piazza Di Summa, Brindisi – tel. 0831/510276 - Fax 0831/510267
e-mail: formazione.dsm.aslbr@gmail.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Titolo del corso/evento : **“Il paziente autore di reato.
Problematiche e strategie di gestione nell’epoca della chiusura degli OPG”**

Data: **29.11.2014**

Sede: **Aula Magna Polo Universitario- ex
ospedale Di Summa, Brindisi**

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale * _____

Partecipante ECM : Indicare la professione per cui si richiedono crediti
E.C.M. _____

Partecipante non ECM

Struttura di appartenenza _____

Reparto/Servizio _____

Indirizzo per eventuali comunicazioni : _____

recapito tel. _____

E-mail: _____

Data _____

Firma _____

*obbligatorio ai fini dei crediti ECM

AVVISI PER GLI ISCRITTI

1. La Scheda di iscrizione va compilata in ogni sua parte in stampatello leggibile. La completezza di compilazione è necessaria per l’attribuzione dei crediti ECM
2. Sul foglio firma, in sede di evento, è necessario indicare **l’ora effettiva** di entrata e uscita
3. Non presentandosi ai corsi entro **mezz’ora** dall’inizio di ogni sessione si perde ogni diritto alla partecipazione
4. In caso di allontanamento dall’aula durante le relazioni per oltre 10 minuti, per motivi personali o di servizio, è necessario firmare l’uscita dal corso