

SCHEDA DI ISCRIZIONE  
Progetto Formativo

***“Gestione intraospedaliera del politraumatizzato”***

*Data 19 settembre 2014*

*Sede Aula Magna – Polo Universitario – P.zza A. Di Summa*

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

**Codice fiscale \*** \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Rep. o Serv. \_\_\_\_\_

Indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni : \_\_\_\_\_

**recapito tel.** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**\*obbligatorio ai fini dei crediti ECM**

**Ufficio Formazione**

e-mail: [formazione@asl.brindisi.it](mailto:formazione@asl.brindisi.it)

**Modulo d'iscrizione da inviare via FAX al n. 0831/537849**