



**“ Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti –
2° modulo : la comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari”**

Patrocinio ASL - Brindisi

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Professione: Medico Chirurgo Odontoiatra Libero professionista Dipendente convenzionato

Unità Operativa _____

Ente di appartenenza _____

Disciplina esercitata _____

Indirizzo: Via/Piazza _____ N.

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

Posta elettronica _____

Chiede di essere ammesso/a alla frequenza del Corso **“Comunicazione e performance...”** del **17_12_2016**

Per il riconoscimento dei crediti ECM indicare: **Iscrizione Albo** _____ **n.** _____

* Codice Professione Sanitaria Codice Disciplina (vedere codici Agenas nella sezione **“ECM in provincia”** del sito dell'Ordine)

Data, _____ Firma _____

Da inviare alla Segreteria dell'Ordine a mezzo fax al n. 0831512063 oppure tramite mail a omceobr@libero.it

Le iscrizioni saranno accolte fino al massimo di 100 seguendo l'ordine cronologico di arrivo e comunque entro il 14-12-2016