6 CREDITI ECM

“TRATTAMENTO DI FINE VITA: NORME, ETICA E DEONTOLOGIA”

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 **“TRATTAMENTO DI FINE VITA: NORME, ETICA E DEONTOLOGIA” del 16/12/2017**

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

* Codice Professione Sanitaria ☐ * Codice Disciplina ☐ (vedere codici Agenas nella sezione “Formazione” 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 13/12/2017.