|  |
| --- |
| **UFFICIO FORMAZIONE**  **Collaboratore amm.vo PO: Beatrice Anna Antonia Tel 080/4994154 Fax 080.4994320  mail: anna.beatrice@irccsdebellis.it - formazione@irccsdebellis.it**  **PEC: formazione.debellis@pec.rupar.puglia.it** |

**Scheda di Partecipazione ECM**

**Titolo: “GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO E COMPLESSO: DAL PERCORSO INTENSIVO ALLA OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE”**

**EV. 1534-401234**

**CENTRO CONGRESSI IRCCS “Saverio de Bellis” Castellana Grotte (BA)**

**Sabato 2 Dicembre 2023 dalle 8:30 alle 17:30**

**Cognome e nome**: .……………………………………………………….………………………..….......

**Luogo e Data di nascita**: .…………………………………….…………………………………….……

**Codice fiscale**: ……………………………………………………………………………………..….…..

**Professione**: ……………………………………………………… **No iscrizione Ordine** ………….……

**Specialista in** ……………………………………………………………………………………….………

**Posizione in ambito professionale**:

* *Libero Professionista*
* *Dipendente (precisare l’amministrazione …………………………………………………………..……)*
* *Collaborazione coordinata e continuativa*

**Disciplina**: .………………………………………………………………….….………………………...

**Recapito telefonico**: **Ab**. ……………..………….…………**Lab**. ….……………...…………………..

**Numero cellulare:** ……………….……………………….**Fax**…………………….……………….……

**Indirizzo di posta elettronica (importante):** ……………………………………………………….…..

**Indirizzo**: ……………………………………………………………………………..………………….

**CAP** …………………**Città** ……………………………………….………………….. **Prov**. ………….

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il dettato del DLT 196 del 30/6/03 (Legge sulla privacy)

relativamente a vostre future informazioni di carattere istituzionale e formativo.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_