



**I.R.C.C.S. Policlinico  
San Donato**

Gruppo San Donato

## WORKSHOP Ecocardiografia Fetale

**10-11 Giugno 2022  
Policlinico San Donato**

### ***SCHEDA DI ISCRIZIONE***

La mancata compilazione di un solo campo pregiudica l'assegnazione dei crediti ECM.  
L'attestato crediti verrà inviato dal Provider all'indirizzo mail indicato dal partecipante)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome (anche secondi o terzi nomi contenuti nel CF) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Categoria professionale:

Medico INDICARE LA DISCIPLINA MEDICA \_\_\_\_\_

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

Specializzando INDICARE LA DISCIPLINA \_\_\_\_\_

Sede di lavoro – Nome Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail per l'invio dell'attestato ECM \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

FIRMA \_\_\_\_\_