



Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

**ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO ECM (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)**

**SEMINARIO**

**PROMUOVERE LA SALUTE DEGLI OPERATORI PER DARE VALORE ALLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - Bologna (BO)**

**12 aprile 2012 - Bologna**

Cognome e nome del partecipante \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Via (indirizzo privato) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Denominazione della struttura (Azienda ospedaliera, policlinico, istituto di cura pubblico o equiparato) \_\_\_\_\_

Dipartimento \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Altra professione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Chiede il riconoscimento dei crediti formativi ECM  sì  no

Io sottoscritto, chiedo di partecipare al corso di aggiornamento professionale in oggetto.

Con riferimento al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Preghiamo di iscriversi, entro il giorno **10 aprile 2012** presso la Segreteria Organizzativa ANMDO inviando il modulo d'iscrizione via Fax al n. 051/0310108 oppure via posta elettronica all'indirizzo E-mail: **anmdo.segreteria@gmail.com**  
Per **informazioni** scrivere o telefonare a: Dott.ssa Annamaria De Palma della Segreteria Nazionale ANMDO  
Tel. 051/0310109 - Cell. 333/8105555