



Provider regionale ECM-Accreditamento dell'Assessorato alla Salute D.D.G 567 del 04/04/2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE- EVENTO ID. 643-9547



Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

BASIC LIFE SUPPORT DEFRIBRILLATION: FORMAZIONE –RIANIMAZIONE -DEFIBRILLATORE
PALERMO 02/12/2023

Si prega di rinviare questa scheda di iscrizione via mail a: ecm@infaop.com oppure via fax allo 091-6797965
Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle or 18.00

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nazione	
Data di nascita		Codice fiscale	
Residente a		Provincia	
Via		CAP	
Ente di appartenenza		Professione sanitaria	
Tel. / cell.		e.mail:	

CHIEDE

A codesto Provider regionale INFAOP l'iscrizione al "Corso ECM dal titolo :

BASIC LIFE SUPPORT DEFRIBRILLATION: FORMAZIONE –RIANIMAZIONE –DEFIBRILLATORE

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Albo/Ordine/Collegio di..... N.
2. Di essere Convenzionato Dipendente Libero professionista Privo di occupazione
3. Di partecipare al presente corso su invito di sponsor o enti professionali: SI NO
e se è SI quali:
4. Di richiedere l'attestato ECM (*previo superamento del Test di valutazione finale*) SI NO

Ragione sociale	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Indirizzo	

A completamento dell'iscrizione al corso ECM, si allega alla presente:

-Copia del bonifico bancario quale quota di iscrizione al corso in favore di **INFAOP, BANCA INTESA s.p.a.**

IBAN: n. IT21L030690960610000183794 causale: **BLSA ANNO 2023** più cognome e nome del partecipante

- € 70,00 per tutte le professioni sanitarie
 € 60,00 per il rinnovo

Il corso è rivolto a **10 partecipanti**, l'iscrizione è obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili e deve essere effettuata compilando la scheda di iscrizione entro e non oltre il **30/11/2023**;

L'iscrizione dà diritto alla partecipazione dei lavori scientifici e all'attestato di partecipazione al corso ed in fine all'attestato con i crediti definitivi(*previo superamento del test finale ECM*)

Ai sensi del D. Lgs 675/96 giugno 2003 autorizzo l' INFAOP al trattamento dei miei dati personali

Data/...../.....

Firma del partecipante_____