E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua
age.na.s.
OPI

SCHEDA DI ISCRIZIONE

BLS-D (BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION)

EVENTO ECM N.1654-409219 ed.2

Matera 16/03/2024

VIA CICERONE 23 (SEDE OPI) MATERA

Cognome *_____ Nome _____
Data di nascita *_____Luogo di nascita*_____
Prov.*___ Codice Fiscale* /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Indirizzo *_____ n°_____
CAP *_____ Città *_____ Prov. *_____
Tel. *_____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____
Pec * _____@_____
Collegio/Ordine/Ente di appartenenza*_____
Professione* _____
Disciplina _____
Dipendente Convenzionato SSN Libero professionista Senza occupazione
Azienda di appartenenza _____
Ospedale/Unità Operativa/Distretto _____

L'evento è accreditato per 7.4 crediti ECM, per infermieri e infermieri pediatrici, per 24 partecipanti.
IL COSTO DELL'EVENTO E' DI € 10.00 PER GLI ISCRITTI ALL'OPI DI MATERA
PER I NON ISCRITTI IL COSTO E' DI € 30.00 DA PAGARE IN SEDE OPI.

LA SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DEVE ESSERE PRESENTATA ESCLUSIVAMENTE ALLA SEDE DELL'OPI DI MATERA.

SARANNO ACCETTATE in ordine di arrivo cronologico SOLAMENTE LE PRIME 24 ISCRIZIONI.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge 31/01/96 n°675 □

Data _____ Firma _____