

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Sviluppo delle competenze avanzate attraverso la governance  
degli incarichi di funzione:  
riflessioni, strategie ed azioni possibile.**

EVENTO ECM N.1654-417577 ed.1

Matera 11 Maggio 2024

**HOTEL NAZIONALE - VIA NAZIONALE158/A 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 crediti ECM, per infermieri e infermieri pediatrici, per 100 partecipanti. Completare la scheda in ogni sua parte (i campi contrassegnati con \* sono obbligatori).

**Non verranno prese in considerazione le schede di iscrizione illeggibili e/o incomplete ed inviarla solo ed esclusivamente all'indirizzo email  
[info@opimatera.it](mailto:info@opimatera.it)**

Le iscrizioni saranno accettate in ordine di arrivo cronologico; quelle che arriveranno dopo il raggiungimento del numero di posti disponibili per gli ECM, saranno ammesse senza alcuna riserva a partecipare senza l'acquisizione dei crediti. In caso di assenza di uno degli iscritti con crediti, gli stessi verranno assegnati al primo iscritto (senza crediti) della giornata dell'evento.

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_