

**PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE, ALLA DIAGNOSI E ALL'INTERVENTO PRECOCE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE**

() 1^ED: 23 NOVEMBRE 2017 - () 2^ED: 02 DICEMBRE 2017 - () 3^ED: 16 DICEMBRE 2017

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**

Cognome:		Nome:	
Nato a:		Prov.	In data:
Codice fiscale		Partita IVA	
Residente a:	Prov.	Via:	n.
Telefono:		fax:	
Indirizzo di posta elettronica			

☛ **Rapporto di lavoro:** () dipendente () convenzionato () libero professionista () altro: \_\_\_\_\_**dipendente presso:**

Ente/Impresa di appartenenza:			
Codice fiscale/partita IVA:			
con sede a:			Prov
in via:			n.
Telefono:		fax.	
☛ <b>Professione:</b>		☛ <b>Disciplina:</b>	

**Crediti ECM****SI'****NO**

Per l'evento è in corso l'istanza per il riconoscimento dei crediti (per il personale del ruolo sanitario), l'attribuzione dei quali, validi per l'anno 2017, è subordinata alla validazione secondo la normativa regionale di riferimento (superamento della verifica di apprendimento ecc.), nonché ad una presenza minima del 100% delle ore complessive previste per l'evento in argomento.

Ai sensi del D.Lgs.T.U. 196/2003 con la compilazione della presente scheda si autorizza la Segreteria Organizzativa al trattamento dei dati forniti ai fini ECM.

**Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.**

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