

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## Itinerari di Pronto Soccorso 2013

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO  
22-25 MAGGIO 2013

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Professione  Medico socio SIMEU  Medico Under 35 socio SIMEU  Infermiere socio SIMEU  
 Medico **NON** socio SIMEU  Medico Under 35 **NON** socio SIMEU  Infermiere **NON** socio SIMEU

Disciplina \_\_\_\_\_

Socio

Medico o Infermiere interno alla Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo  SI  NO

Si prega di indicare con attenzione le tipologie di Corsi ai quali si desidera partecipare:

### ISCRIZIONE MEDICI:

**Corso Rischio Clinico**  
23 maggio

**Sessione Plenaria**  
24-25 maggio

**Pacchetto MEDICI**  
Rischio Clinico + Sessione Plenaria

### ISCRIZIONE INFERMIERI:

**Corso Triage**  
22-23 maggio

**Sessione plenaria**  
24-25 maggio

**Pacchetto INFERMIERI**  
Triage + Sessione Plenaria

### ISCRIZIONE GIOVANI MEDICI:

**Corso satellite**  
"ODDIO l'addestramento"  
23 maggio

**Sessione plenaria**  
Solo Area SIMEU giovani  
24 maggio mattina

**Sessione Plenaria**  
24-25 maggio

**Allego copia bonifico di €** \_\_\_\_\_

**Invio in seguito copia bonifico di €** \_\_\_\_\_

Richiesta crediti ECM  SI  NO

NB. Per ricevere i crediti ECM della Sessione Plenaria è necessario essere presenti sia venerdì 24 che sabato 25 maggio



**DATI PERSONALI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CF / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indirizzo Privato \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ente/Società \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

\*Tutte le iscrizioni accettate saranno confermate all'indirizzo mail indicato al ricevimento dell'attestazione di pagamento (bonifico bancario).

**Intestazione fattura**                     privato         ditta/ente privato         ente pubblico esente IVA

COGNOME e NOME / RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

P.IVA / COD.FISC. \_\_\_\_\_

*Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

