

LE RIFORME DELLA PREVIDENZA, LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE E LE PROSPETTIVE DI GIOVANI E PENSIONANDI

Torino 15 aprile 2014

Evento Ecm 889-92108 [1] – crediti assegnati 4

SEDE DEL CORSO
PALAZZO DEGLI AQUILONI – corso Svizzera 165 – 10149 TORINO

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME E NOME

INDIRIZZO (per invio attestato).....

CAP..... CITTA'..... PROV.....

TEL..... CELL..... E-MAIL

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

COD. FISCALE.....N. ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI.....

DISCIPLINA.....

AZIENDA USL/A.O.....

ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED SI NUMERO ISCRIZIONE..... NO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

LE SCHEDE DI ISCRIZIONE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO IL 4 APRILE 2014 ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

(ANAAO ASSOMED PIEMONTE) VIA MAIL o VIA FAX: fax 011/19823813 e-mail servizi@anaaopiemonte.it

- Il corso è riservato a 50 partecipanti – sarà data la priorità agli ISCRITTI ANAAO ASSOMED (compresala Dirigenza Sanitaria)
- Le iscrizioni saranno accettate rispettando l'ordine di arrivo.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- GRATUITO

MODALITA' D'ISCRIZIONE

- Le schede di iscrizione dovranno pervenire entro il 4 aprile 2014 via fax: 011.19823813 o e mail: servizi@anaaopiemonte.it.
- La Segreteria Organizzativa invierà una mail di conferma della disponibilità di posto o eventuale inserimento nella lista d'attesa;

SEDE DEL CORSO

- PALAZZO DEGLI AQUILONI – corso Svizzera 165 – 10149 TORINO

CONDIZIONI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata dell'evento formativo - rispettando gli orari di inizio e di fine corso - e la risposta positiva ad almeno il 80% delle domande del test finale di apprendimento.

RINUNCE

- Eventuali rinunce devono pervenire per iscritto almeno 7 giorni prima della data di inizio del Corso.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce. Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali, come da informativa allegata, ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

Data _____ Firma _____