

**E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)**  
**Scheda dati partecipanti da compilare e riconsegnare alla Segreteria Tecnica ECM**  
“Comunicazione della diagnosi e umanizzazione”

La scheda d'iscrizione va inviata via fax al n. 0953782580 o via mail all'indirizzo: [formazione@policlinico.unict.it](mailto:formazione@policlinico.unict.it)

**DATI PERSONALI**

(DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

CAP - CITTA' \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

TEL. / CELL. / FAX \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

ANNO LAUREA \_\_\_\_\_

**SPECIALIZZAZIONE** \_\_\_\_\_

ANNO SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

DISCIPLINA (SOLO PER MEDICI) \_\_\_\_\_

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI \_\_\_\_\_

**ISTITUZIONE DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

CAP - CITTA' \_\_\_\_\_

**RUOLO** [Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario; ...] \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. / FAX \_\_\_\_\_

**Professioni:**

MEDICO

SPECIALIZZANDO

ALTRO \_\_\_\_\_

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L 165/2003 a tutela della privacy. *Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.*

Firma .....