



## LE MALATTIE PROFESSIONALI: CONSIDERAZIONI PRATICHE ED IMPLICAZIONI TEORICHE

18 maggio 2011 - Ordine dei Medici di Napoli

**Destinatari:** Medici **Branca:** Medicina del Lavoro **Crediti ECM:** 4 (Quattro)

*I crediti previsti sono validi per tutte le branche specialistiche.*

### MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione deve avvenire **entro e non oltre il 13 maggio 2011.**

Inviare la scheda di iscrizione via fax ai numeri 178 270 20 96 (preferibile) oppure 081 215 07 51 oppure alla mail [teseo.formazione@tiscali.it](mailto:teseo.formazione@tiscali.it)

Allegare alla scheda fotocopia del CODICE FISCALE e del TESSERINO DELL'ORDINE DI APPARTENENZA.

*Evento a numero chiuso.* Ci si riserva di dare conferma dell'iscrizione in caso di superamento del numero massimo di iscritti (100).

### MODALITA' DI PAGAMENTO

Quota di partecipazione: € 20,00 (venti).

Il pagamento può avvenire:

1) in contanti all'avvio del corso

2) con bonifico bancario - Intestazione: Associazione Teseo - Banca della Campania Via Duomo, 325 Napoli

Causale obbligatoria: Corso di formazione "Le malattie professionali"

IBAN: IT79A0539203407000001303508

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

<b>Cognome</b>					<b>Nome</b>						
<b>Data di nascita</b> ____ / ____ / ____					<b>Luogo di nascita</b> _____						
<input type="checkbox"/> <b>Libero professionista</b>					<b>Disciplina</b> <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro <input type="checkbox"/> Igiene <input type="checkbox"/> Medicina Legale <input type="checkbox"/> Eventuale altro titolo di studio _____						
<input type="checkbox"/> <b>Dipendente</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Convenzionato</b>											
<b>Struttura di appartenenza</b> _____											
<b>Telefono fisso</b>			<b>Telefono mobile</b>			<b>Posta elettronica</b>					
<b>Indirizzo</b>											
<b>CAP</b>			<b>Città (Prov.)</b>								
<b>C.F.</b>											

**Per completare con successo l'iscrizione si prega di leggere e sottoscrivere le seguenti note informative:**

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (Art. 21 D.P.R. 445/2000)

La/Il sottoscritta/o consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità **DICHIARA di essere in possesso del titolo indicato.**

Data	Firma
------	-------

#### CREDITI ECM

I crediti ECM, ai sensi della normativa vigente, potranno essere riconosciuti solo ai partecipanti il cui titolo è previsto, che hanno frequentato il corso nella sua interezza e che hanno superato le prove previste.

Data	Firma
------	-------

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., autorizza espressamente le Associazioni ASMECO e TESEO al trattamento dei dati ai fini delle sole attività legate alla formazione.

Data	Firma
------	-------



**AS.ME.CO. Associazione Medici Competenti Campani**  
Via Danimarca, 65 Parco Zenith - S. Maria Capua Vetere (Ce)  
[www.asmecco.org](http://www.asmecco.org) - [info@asmecco.it](mailto:info@asmecco.it)



**Associazione di formazione TESEO**  
N°187 Albo nazionale Elenco Provider ECM  
Via Supportico degli Astuti, 28 - Napoli  
[www.teseoformazione.it](http://www.teseoformazione.it) - [teseo.formazione@tiscali.it](mailto:teseo.formazione@tiscali.it)