



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

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

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

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 - info@asmecco.it



Associazione di formazione TESEO
N°187 Albo nazionale Elenco Provider ECM
Via Supportico degli Astuti, 28 - Napoli
www.teseoformazione.it - teseo.formazione@tiscali.it