



U.O. Formazione

**UOC Anestesia e Rianimazione
P.O. di Taormina**

**RICHIESTA di PARTECIPAZIONE
Progetto Formativo**

**“Ospedale- Territorio senza dolore-Formazione Medici di Medicina Generale”
(n. 32502)**

Si CHIEDE di partecipare al Convegno in oggetto che si terrà a Messina **il 14 Luglio**, presso l’Aula della Cittadella della Salute di Viale Giostra.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare la propria indisponibilità se sopraggiungono difficoltà alla presenza.

Nome _____

Cognome _____

Data di Nascita _____ luogo _____

Codice Fiscale _____

Professione: MMG

Distretto di Appartenenza _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo di posta elettronica _____

N.B. Le domande saranno accolte in ordine di arrivo.

**Da compilare a stampatello o in modo leggibile e INVIARE al
FAX 090/3652853 o all’indirizzo e-mail
u.o.formazione@asp.messina.it**

Firma del Professionista