

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Evento formativo accreditato ECM con ID n. 356-122594 - 6 crediti ECM

ALIMENTAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA da 0 a 36 mesi

Messina, sabato 28 marzo 2015 – Auditorium dell'Ordine dei Medici

Compilare in stampatello

cognome e nome

data di nascita luogo

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

comune di residenza prov

indirizzo cap

recapiti telefonici

e-mail / fax

PARTECIPANTE (barrare l'apposita casella)

Assistente sanitario Biologo Dietista Farmacista Infermiere Infermiere pediatrico

Medico Ostetrica/o Psicologo Altro (uditore):.....

Il sottoscritto chiede di partecipare in qualità di discente, prendendo atto che:

- il presente modulo va presentato via e-mail (info@chiryo.it) o via fax (090.9431579), e sarà considerato valido solo se correttamente compilato in ogni sua parte;
- l'interessato (destinatario dei crediti ECM) dovrà far pervenire via email o fax, entro tre giorni* dalla presentazione della presente richiesta, copia della ricevuta di pagamento della quota di partecipazione di **eur 30,00** (trenta) intestato a **Centro Studi Chiryo** tramite una delle seguenti modalità:
 - versamento sul **c/c postale n. 001021524937**
 - bonifico - **IBAN: IT 55 V 07601 16500 00102 1524937**
- le richieste saranno accolte in ordine di presentazione fino al raggiungimento dei posti disponibili. Pertanto, le iscrizioni in sede potranno avvenire esclusivamente in funzione dei posti eventualmente disponibili;
- la partecipazione senza diritto ai crediti ECM (partecipante uditore) sarà ammessa previa conferma disponibilità, con pagamento di eur 10,00 (dieci) da effettuarsi solo dietro indicazioni della segreteria.
- il costo è comprensivo della quota associativa (la partecipazione prevede l'iscrizione all'Associazione per il 2015).

(*) La richiesta di partecipazione diventa impegnativa con la comunicazione di avvenuto pagamento, e pertanto, superati i tre giorni dalla presentazione della richiesta senza che venga inviato il riscontro del pagamento, la segreteria accoglierà l'adesione di altri richiedenti fino al raggiungimento dei posti disponibili. In prossimità della data dell'evento, per esigenze organizzative la segreteria potrà richiedere prova del pagamento entro tempi più brevi.

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Si garantisce la riservatezza dei dati personali conformemente ai termini delle disposizioni in materia di Privacy contenute nel D.Lgs. 196/2003. Ai fini dell'attribuzione dei crediti ECM, i dati saranno trasmessi al Provider ECM e da questo alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura dell'Age.na.s. I dati non saranno oggetto di diffusione e non saranno mai comunicati a terzi senza preventiva autorizzazione.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

data firma per esteso e leggibile