



U.O.FORMAZIONE

Via La Farina 263, 98123 Messina
090/3652741 - Fax: 090/3652853
segreteria.ecm@asp.messina.it
iscrizioni.formazione@asp.messina.it

Prot. n° 153 del 03 Marzo 2015

OGGETTO: Progetto Formativo Aziendale “*Promozione della Rete di Sorveglianza delle Malattie Rare*” (Rif. 400 - 1988)

Al Presidente dell’Ordine dei Medici di MESSINA

*Ai MMG
Ai PLS*

Questa Unità Operativa ha il piacere di comunicare che il 27 *Marzo 2015*, presso la Sala del Principe del Castello Gallego di S. Agata Militello, si terrà la giornata formativa dedicata alla “*Promozione della Rete di Sorveglianza delle Malattie Rare*”.

La giornata formativa si rivolge anche ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta.

Il corso è accreditato all’interno del Programma regionale di Educazione Continua in Medicina (9,5 crediti formativi).

Le istanze di partecipazione vanno formulate attraverso il MODULO allegato e inviate – via mail - al seguente indirizzo di posta elettronica: iscrizioni.formazione.@asp.messina.it.

Il numero di partecipanti previsto è di **100**. Pertanto, fino al raggiungimento dei posti disponibili, sarà seguito l’ordine temporale di arrivo

Se i professionisti che si sono iscritti non riceveranno alcuna comunicazione, da parte di questa Unità Operativa, la loro partecipazione risulterà confermata.

La preghiamo di voler dare massima diffusione alla presente, attraverso le vostre mailing list, perché quanti interessati possano essere opportunamente informati.

Si allega anche brochure informativa.

Nel ringraziare sempre per la cortese collaborazione, porgo cordiali saluti .

*La Responsabile dell’U.O. Formazione
Dr.ssa Antonina Santisi*



Modulo allegato alla nota
n. 153 del 03 Marzo 2015

U.O. Formazione

RICHIESTA di PARTECIPAZIONE

“Promozione della Rete di Sorveglianza delle Malattie Rare”
(Rif. 400 – 1988)

Si CHIEDE di

partecipare al Progetto Formativo Aziendale che si terrà il **27 Marzo 2015**,
presso la Sala del Principe – Castello Gallego – S. Agata Militello, a partire dalle ore 8.30

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare la propria indisponibilità se sopraggiungono difficoltà alla presenza, prima della data dell'edizione a cui si chiede di partecipare.

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

MMG

PLS

Distretto di _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo di posta elettronica (qui saranno fatte le comunicazioni eventuali)

**Da compilare a stampatello o in modo leggibile e INVIARE
ESCLUSIVAMENTE all'indirizzo e-mail
iscrizioni.formazione@asp.messina.it
entro e non oltre il 23 Marzo 2015**

Firma del Professionista