



Fondazione Pietro Paci



Centro Studi Anaa Assomed



SCUOLA "CARLO URBANI"

per la Formazione dei Medici per la Cooperazione Internazionale

VI CORSO DI FORMAZIONE 2009

FIRENZE 12 marzo – 29 maggio 2010

SEDE DEL CORSO

Residence Palazzo Ricasoli, Via Mantellate, 2 - FIRENZE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME E NOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

COD. FISCALE.....N. ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI.....

DISCIPLINA.....

AZIENDA USL/A.O.....

INDIRIZZO (per invio attestato).....

CAP.....CITTA'.....PROV.....

TEL.....FAX.....CELL.....

E-MAIL.....

ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED SI NUMERO ISCRIZIONE..... NOEstremi per la fatturazione se diversi dal partecipante: ENTE soggetto ad Iva ENTE non soggetto a Iva

ENTE.....

INDIRIZZO.....

CAP.....CITTA'.....PROV.....P.IVA/CF.....

MODALITA' DI ISCRIZIONE

MODALITA' D'ISCRIZIONE

Si prega di inviare tramite fax o e-mail la presente scheda di iscrizione, compilata in tutte le sue parti a:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA-SCUOLA "CARLO URBANI" telefono e fax 055.496035; e-mail: segr.toscana@anaao.it

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

ISCRITTI ANAAO ASSOMED €180,00 (Iva inclusa)**INFERMIERI/OSTETRICI** €180,00 (Iva inclusa)**NON ISCRITTI ANAAO ASSOMED** €480,00 (Iva inclusa)

La quota di partecipazione comprende: materiale didattico, coffee break, colazione di lavoro.

I costi dei trasferimenti e del pernottamento sono a carico dei partecipanti. Il corso è riservato a 50 partecipanti.

Bonifico bancario intestato a: FONDAZIONE PIETRO PACI - BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - AGENZIA 12 Via F. Filzi, 23 - Milano**IBAN** IT39C010050161200000140166

CONDIZIONI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata dell'evento formativo e la compilazione dei test d'Uscita.

PER INFORMAZIONI:

FONDAZIONE PIETROPACI: telefono 02.6694767; fax 0266982507; e-mail: segreteria@fondazionepietropaci.it**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA CORSO "CARLO URBANI"** telefono e fax 055.496035; e-mail: segr.toscana@anaao.it

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce. Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali, come da informativa allegata, ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

Data _____ Firma _____