

CROCE ROSSA ITALIANA



ISPETTORATO NAZIONALE
CORPO MILITARE
5°REPARTO SANITA'



COMITATO LOCALE
CITTA' DI CASTELLO

GIORNATA DI STUDIO

"LE MISSIONI UMANITARIE INTERNAZIONALI DELLA C.R.I." (Problemi medici e chirurgici nell'EMERGENZA)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome.....Nome

Componente CRIAltro.....

Nato a il/...../.....

residente in Via

Città CAP

Tel. Cell. E-Mail

Codice Fiscale

Titolo di Studio

Specializzazione

Sede di lavoro (indicare la struttura)

Disciplina

Richiesta Crediti ECM: SI NO (barrare la voce di interesse)

Quota di ISCRIZIONE versata: € _____, 00

Si autorizza ai sensi della legge sulla privacy (196/03) la trattazione dei dati.

Data,/...../.....

Firma

NB. I dati richiesti sono necessari ed indispensabili per l'accredito ECM

Inviare il modulo: Fax 075 / 852.01.42 - E-mail cfcricastello@libero.it