

**II/La sottoscritto/a chiede di iscriversi al Congresso**

**RISK ANALYSIS PER IL CONTROLLO DELLE ICPA NELLE UNITA' OPERATIVE DI TERAPIA INTENSIVA E DI CHIRURGIA E PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI STRATEGIE PREVENTIVE NELLA PRATICA CLINICA - 4 dicembre 2015 - Aula C02 – Via Mangiagalli 25, Milano**

**A tal fine dichiara:**

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

SESSO (M/F)  DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA **Città**  **Prov.**   
**Stato**

Cellulare

E-mail

**RESIDENZA**

Via/P.zza  **n.**  **c.a.p.**

Città  **Prov.**

Stato

**È stata inoltrata richiesta di accreditamento ECM del Corso.**

**La frequenza del 100 % delle ore dell'evento formativo consentirà l'ottenimento dei crediti ECM per i seguenti frequentanti (si prega di indicare e di barrare la categoria di appartenenza):**

Medico Chirurgo    Iscritto Ordine professionale    Sì     No

Biologo    Iscritto Ordine professionale    Sì     No

Farmacista    Iscritto Ordine professionale    Sì     No

Infermiere    Iscritto Ordine professionale    Sì     No

Assistente sanitario    Iscritto Ordine professionale    Sì     No

