

**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  
Stato

<input type="text"/>	<b>Prov.</b>
----------------------	--------------

Cellulare

E-mail

RESIDENZA

Via/P.zza

<input type="text"/>	<b>n.</b>	<b>c.a.p.</b>
----------------------	-----------	---------------

Città

<input type="text"/>	<b>Prov.</b>
----------------------	--------------

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):**

- |                          |                      |                               |                             |                             |
|--------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Medico Chirurgo      | Iscritto Ordine professionale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Biologo              | Iscritto Ordine professionale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Farmacista           | Iscritto Ordine professionale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Infermiere           | Iscritto Ordine professionale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Assistente sanitario | Iscritto Ordine professionale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

