



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare via fax o e-mail entro il 30 APRILE 2019 alla Segreteria Organizzativa:

i-Organize Eventi e Turismo srl - fax 091.7486710 - email info@iorganize.info

COMPILARE IN STAMPATELLO

DATI ANAGRAFICI

(indispensabili ai fini dei crediti formativi ECM)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo privato: Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ E-mail _____

CATEGORIA PROFESSIONALE

Medico Chirurgo (segnare la disciplina di riferimento):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Pediatria di libera scelta | <input type="checkbox"/> Neonatologia |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica | |

Psicologo (segnare la disciplina di riferimento):

- Psicologia Psicoterapia

Infermiere

Infermiere pediatrico

Dietista

Biologo Nutrizionista

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

Istituto/Ente _____

Servizio _____

Ruolo _____

- Privo di occupazione Libero professionista Dipendente Convenzionato

Se si ricoprono più posizioni, inserire quella per la quale si partecipa all'evento formativo.

QUOTE DI ISCRIZIONE

Le quote indicate includono l'IVA del 22%

- **Partecipante** € 120,00 entro il 30/04/2019 € 150,00 dal 01/05/2019

- **Specializzando/ Uditore** € 50,00 (no crediti ECM)

La quota Partecipanti include: Partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break come da programma, attestato di partecipazione, crediti ECM (se conseguiti).

La quota Specializzandi/Uditori include: Partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break come da programma, attestato di partecipazione giornaliero (no crediti ECM).

