CENTRO DI PREVENZIONE SENOLOGICA P.O. DI MARZANA
ULSS 20 VERONA - REGIONE DEL VENETO

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI FORMAZIONE IN SCREENING MAMMOGRAFICO PER MEDICI RADIOLOGI

DA INVIARE ALLA SEGRETERIA, PER FAX O POSTA ELETTRONICA:

SIGNORA LUCIANA VINCO
TEL +39.045.807 5153, FAX +39.045.807 5293,
E-MAIL formazione.cps@ulss20.verona.it

Cognome _____ Nome _____

Ente/Ospedale di appartenenza _____

DATI OBBLIGATORI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

N.B. si ricorda che il documento di rilascio dei crediti formativi potrà essere consegnato solo se verrà rilevata la presenza all'evento di almeno il 90% della durata dello stesso

Nato/a a _____Prov. _____ il _____

Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo per corrispondenza: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Cell _____ E-mail _____

Professione _____ Specialità _____

Il Corso consta di tre incontri.
Per ogni singolo incontro è stata presentata richiesta di accreditamento ECM.
Barrare le caselle delle giornate cui si intende partecipare:

- ☐ Incontro 20 Febbraio 2008
- ☐ Incontro 7 Maggio 2008
- ☐ Incontro 8 Ottobre 2008

Il corso è gratuito per i Medici Radiologi del SSN della Regione del Veneto.
Altri: **250,00 €** + IVA 20% (Enti pubblici: esenti IVA art. 10 DPR 633/1972) oppure **150,00 €** + IVA 20% (Enti pubblici: esenti IVA art. 10 DPR 633/1972) se iscritti al Gruppo Italiano Screening Mammografico (**GISMa**) e/o alla Sezione Senologica della Società Italiana di Radiologia Medica (**SIRM**).

Modalità di pagamento: per informazioni, si prega contattare la Segreteria sopra indicata.

Informazioni e consenso ex art. 9,10,11 L. 675/96. Il/La sottoscritto/a con apposta firma sulla presente, manifesta il proprio consenso ai sensi degli articoli 11 e 20 l. 675/96, affinché i dati che lo/la riguardano, siano oggetto di tutte le operazioni di trattamento nella lettera d) art. 1 legge citata.

Data _____ Firma _____