

Scheda iscrizione Corso su “Salute Globale”

Nome Cognome
Data di nascita..... luogo.....
Indirizzo n° civico
Cap. Città prov.
Codice fiscale.....
Telefono cellulare
e-mail

Professione:

- medico
- infermiere
- infermiere pediatrico
- ostetrica
- studente
- altro (specificare).....

Necessità ECM sì no

Mi iscrivo ai seguenti moduli:

- modulo 1 Malattie Infettive
- modulo 2 Determinanti sociali in programmi di salute pubblica
- modulo 3 Competenza culturale e linguistica nei servizi sanitari

Come è venuto a conoscenza del corso?

- newsletter CCM
- sito CCM
- locandina
- altro (specificare).....

Il/la sottoscritto/a acconsente alla trasmissione dei propri dati personali al CCM – Comitato Collaborazione Medica, che li tratterà nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy.

Firma _____

Inviare via e-mail a: formazione@ccm-italia.org

Al momento della ricezione e conferma dell'iscrizione verranno comunicate le modalità per il versamento del contributo.