

# RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

28 settembre 2013



Provider Cod. 1407

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
 (.....) il ..... residente in via ..... n. ....  
 Città .....(.....) CAP..... Cod. Fisc. ....  
 telefono ..... e-mail .....@..... chiede di  
 iscriversi al seminario gratuito “**Riabilitazione respiratoria**” e chiede il riconoscimento di (barrare solo se  
 interessati)

**Crediti ECM  
 Medico di famiglia**

**Crediti ECM  
 Fisioterapista**

Professione ..... presso Ente/Istituto .....

<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Altro
--	-------------------------------------	--	--------------------------------

ASL di appartenenza / Ospedale: ..... città .....

Laurea in (o altro titolo) .....

Firma .....

Autorizzo al trattamento i miei dati personali ai sensi della L. 196/2003 per tutti gli adempimenti della segreteria del corso.

Li.....

Firma .....

## MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione avviene esclusivamente mediante l'invio del presente modulo tramite posta ordinaria oppure fax al n. 0733/7836200. Si ricorda che sono disponibili **max 35 posti**. In caso di mancata partecipazione si chiede di darne notizia alla segreteria organizzativa per provvedere tempestivamente ad eventuali sostituzioni.

## SEDE SEMINARIO e SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

Sala Eventi A.S.P. “Paolo Ricci”, via Einaudi 144 - 62012 – Civitanova Marche (MC).  
 Tel. 0733.7836210 / 221 – fax 0733.7836200 – mail [formazione@paoloricci.org](mailto:formazione@paoloricci.org)