



VIALE ITALIA 12 – 07100 SASSARI – P.I. 01790460909
TEL. 079/2010120 – CELL. 347/1854113 - FAX 079/2010653

SCHEDA DI ISCRIZIONE
XVIII Congresso Regionale SISA
Sassari, 3-4 ottobre 2014
Sala Congressi Hotel Carlo Felice

*L'iscrizione al Congresso dovrà essere effettuata mediante l'apposita scheda da restituire per posta elettronica o via fax alla Segreteria Organizzativa: Across Sardinia Congressi - Viale Italia 12 – 07100 Sassari - Tel 079/2010120 – Fax 079/2010653
E-mail: cristina.camboni@acrosscongressi.com - Sito web: www.across.sardinia.it*

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: _____ C.F.: _____

Luogo di Nascita: _____ Data di Nascita: _____

1. Indirizzo Privato: _____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

2. Indirizzo Lavoro: Ente di Appartenenza: _____ Reparto/U.O.: _____

☐ Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Specializzando
Via: _____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

Tel/Cell: _____ (obbligatorio) E-mail: _____ (obbligatoria)

ECM e ISCRIZIONE

Al fine di poter offrire un servizio migliore l'iscrizione è gratuita ma OBBLIGATORIA.

Il Congresso è stato accreditato presso il Sistema ECM NAZIONALE con 12 crediti formativi per 100 medici appartenenti alle seguenti discipline: ☐ Medico Chirurgo

Discipline: ☐ Anestesia e Rianimazione ☐ Angiologia ☐ Cardiologia ☐ Cardiochirurgia ☐ Chirurgia generale ☐ Chirurgia Vascolare ☐ Endocrinologia ☐ Gastroenterologia ☐ Geriatria ☐ Malattie metaboliche e diabetologia ☐ Medicina d'Urgenza ☐ Medicina Fisica e Riabilitazione ☐ MMG ☐ Medicina Interna ☐ Nefrologia ☐ Igiene degli alimenti e della nutrizione ☐ Neurologia ☐ Radiodiagnostica ☐ Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ☐ Continuità Assistenziale

I crediti ECM verranno attribuiti solo ai Medici la cui disciplina è inserita nella richiesta Ministeriale che parteciperanno al 100% delle ore formative e che supereranno la verifica d'apprendimento rispondendo in modo corretto ad almeno il 75% delle domande.

L'iscrizione comprende:

Partecipazione ai lavori scientifici • Kit congressuale • Crediti ECM • Attestato di partecipazione • Coffee Break

Legge 196/2003 sulla Privacy

Il sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla Privacy

Luogo e Data: _____ Firma: _____

RISERVATO alla Segreteria Organizzativa ACROSS SARDINIA

Scheda N° _____ Ricevuta il _____