

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Compilare in stampatello ed inviare alla segreteria organizzativa

COGNOME

NOME



**Ma.Re.D.**  
MALATTIE  
RESPIRATORIE  
DA DROGA  
e NOVITÀ IN  
PNEUMOLOGIA

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | MEDICO CHIRURGO IN:  |
| <input type="checkbox"/> | ALLERGLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA   |
| <input type="checkbox"/> | CARDIOLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> | DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> | EMATOLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> | ENDOCRINOLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> | GASTROENTEROLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> | GERIATRIA  |
| <input type="checkbox"/> | MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> | MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO  |
| <input type="checkbox"/> | MALATTIE INFETTIVE   |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA                            |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA INTERNA   |
| <input type="checkbox"/> | NEUROLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> | PSICHIATRIA  |
| <input type="checkbox"/> | GINECOLOGIA E OSTETRICIA   |
| <input type="checkbox"/> | OTORINOLARINGOIATRIA   |
| <input type="checkbox"/> | ANESTESIA E RIANIMAZIONE   |
| <input type="checkbox"/> | FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA  |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA TRASFUSIONALE   |
| <input type="checkbox"/> | MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> | PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)  |
| <input type="checkbox"/> | IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE                                     |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO                     |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA)                                       |
| <input type="checkbox"/> | SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA                                       |
| <input type="checkbox"/> | ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE                                  |
| <input type="checkbox"/> | PSICOTERAPIA   |
| <input type="checkbox"/> | CURE PALLIATIVE  |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA DI COMUNITÀ   |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA DELLO SPORT   |
| <input type="checkbox"/> | NEFROLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> | MEDICINA LEGALE  |
| <input type="checkbox"/> | RADIOLOGIA   |
| <input type="checkbox"/> | RADIOLOGIA DIAGNOSTICA   |
| <input type="checkbox"/> | CONTINUITÀ ASSISTENZIALE   |
| <input type="checkbox"/> | DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO                                     |
| <input type="checkbox"/> | FARMACISTA   |
| <input type="checkbox"/> | PSICOLOGO  |
| <input type="checkbox"/> | INFERMIERE   |
| <input type="checkbox"/> | FISIOTERAPISTA   |
| <input type="checkbox"/> | TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO                                      |
| <input type="checkbox"/> | TERAPISTA OCCUPAZIONALE  |
| <input type="checkbox"/> | EDUCATORE PROFESSIONALE  |
| <input type="checkbox"/> | TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE |

AZIENDA / OSPEDALE / ENTE DI APPARTENENZA

NATO A

IL

INDIRIZZO PRIVATO

CAP - CITTÀ - PROVINCIA

TELEFONO - FAX

MOBILE

CODICE FISCALE

E-MAIL

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Compilando la seguente scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto degli obblighi previsti dalla legge 196/2003.

DATA

FIRMA

1° CONVEGNO NAZIONALE

11° CONVEGNO PNEUMOSalento

**Ma.Re.D.**

MALATTIE RESPIRATORIE DA DROGA  
e NOVITÀ IN PNEUMOLOGIA



VENERDÌ 27 - SABATO 28 MAGGIO 2016

HOTEL PRESIDENT  
Via Salandra, 6 - LECCE

### ACCREDITAMENTO ECM

Il convegno è stato accreditato, secondo le normative vigenti, con **n. 13 crediti formativi ECM**, per **n. 100 partecipanti**, presso il Ministero della Salute con **N° ID 1072 - 157956** come attività formativa residenziale per medico chirurgo, farmacista ed infermiere delle discipline indicate sul retro della scheda. Il rilascio della certificazione dei crediti è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento e al rilevamento delle presenze.

La frequenza effettiva sarà verificata per l'intera durata del convegno, mediante foglio di registrazione presenze e orari.

Per ottenere i crediti formativi ECM è necessario seguire interamente i lavori scientifici, rispondere correttamente al questionario di verifica, compilare la scheda di iscrizione, indicando tutti i dati richiesti in modo chiaro e completo. Il mancato o parziale inserimento dei dati anagrafici, comporterà la mancata assegnazione dei crediti ECM da parte del Ministero della Salute.

I crediti formativi ECM verranno assegnati dopo le dovute verifiche.

Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione da utilizzare ai fini del proprio curriculum professionale.

### ISCRIZIONE E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al convegno è gratuita e a numero chiuso.

Saranno accettate le prime 100 iscrizioni (Medici, Farmacisti, Infermieri) in base all'ordine di arrivo delle stesse.

La richiesta di partecipazione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa, mediante l'apposita scheda da inviare a mezzo fax allo **0832.868090** o via e-mail a: [segreteria@mittsolutions.com](mailto:segreteria@mittsolutions.com)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

PROVIDER NAZIONALE ECM



MITT SOLUTIONS  
Via Cicoletta, 8/D - 73100 LECCE  
Tel. 0832.340555 - Fax 0832.868090  
Cell. 329.8711152  
[www.mittsolutions.com](http://www.mittsolutions.com)  
e-mail: [segreteria@mittsolutions.com](mailto:segreteria@mittsolutions.com)



Provider ECM n.1072  
Albo Nazionale Age.Na.S.  
Ministero della Salute  
**Dr. Tiziana Ippolito**  
[www.mittmedical.com](http://www.mittmedical.com)