

Seminari di Approfondimento Scientifico 2013

Cognome _____ Nome _____

Per l'attribuzione dei crediti ECM della Regione Veneto si prega di specificare:

Codice Fiscale---- |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a _____ il ___/___/_____

Via (domicilio) _____

Cap |_|_|_|_|_| Città _____ Prov. |_|_|

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Laurea in _____

Disciplina _____

Ente di appartenenza _____ tel. _____

L'evento è stato accreditato con 12,1 crediti formativi ECM, per le seguenti figure: **PSICOLOGI** (discipline: psicoterapia, psicologia); **MEDICI CHIRURGHI** (discipline: cardiologia; geriatria; malattie metaboliche e diabetologia; medicina interna; nefrologia; neurologia; neuropsichiatria infantile; psichiatria; cardiocirurgia; neurofisiopatologia; neuroradiologia; patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia); scienza dell'alimentazione e dietetica ; psicoterapia; **DIETISTI** ; i posti disponibili sono 25.

La scheda di iscrizione deve essere compilata in tutte le sue parti in modo leggibile e inviata:

- via mail al seguente indirizzo: cristina.degan@unipd.it

oppure

- via fax al n. 049 8218292

Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo fino ad esaurimento dei posti.

Indicare un indirizzo mail o un numero di telefono per la conferma dell'iscrizione

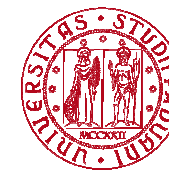
Ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 675 del 31/12/96 e della Legge n.127 del 24/03/2001- D.L. n.467 del 28/12/2001 sulla privacy, autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma _____



Centro Interdipartimentale di Ricerca sulla Modellistica
delle Alterazioni Neuropsichiche in Medicina Clinica



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Seminari di Approfondimento Scientifico 2013

Padova, 7.10.2013 - 9.12.2013

**Aula del Personale - Azienda Ospedaliera di Padova
Via Giustiniani,2, Padova**

