ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SALERNO

Corso

B.L.S.D.

Presso la sede OPI Salerno
Via Lungomare Trieeste N° 50 (Sa)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome *_____ Nome *_____

Data di nascita *_____Luogo di nascita*_____Prov.* ___

Codice Fiscale* /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Indirizzo *_____n°_____

CAP *_____Città *_____Prov. *_____

Tel. *_____Fax_____Cell. *_____

E-mail *(In Maiuscolo)_____@_____

OPI_____Tessera iscrizione n°_____

Professione* _____

Disciplina _____

☐ Dipendente ☐ Convenzionato SSN ☐ Libero profess. in ambito sanitario ☐ Senza occupazione

Azienda di appartenenza _____

Ospedale/Unità Operativa/Distretto_____

L'iscrizione è gratuita

L'evento è accreditato ECM per infermieri, infermieri pediatrici.

Inviare la scheda, completa in ogni sua parte, *via e-mail in PDF all'indirizzo:*. *formazione@opisalerno.it*

In caso di impossibilità a partecipare si invita a comunicare tale impedimento al fine di permettere ad altri colleghi di partecipare all'evento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge 31/01/96 n°675 ☐

Data_____ Firma _____