

6th SYMPOSIUM

COMPLEX DISEASES OF THORACIC AND THORACO-ABDOMINAL AORTA

June **18/19** 2019

Si prega di inviare la presente scheda entro **12 Giugno 2019** a:
Present&Future - Tel. 0961.707833 Fax 0961.709250 - E-mail: congressi@presentfuture.it

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

Ente di appartenenza _____



L'evento ID 253276 - Id Provider 6146. è stato accreditato con n. 19 Crediti Formativi seguenti figure professionali:

Medico Chirurgo (si prega di indicare la propria disciplina tra quelle accreditate):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione | <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Interna |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare | <input type="checkbox"/> Chirurgia toracica |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | |
| <input type="checkbox"/> Medicina legale | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica | | |

Infermiere professionale

Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

Tecnico sanitario di radiologia medica

Tecnico sanitario laboratorio biomedico

Studiante (specificare percorso di laurea) _____

Altro _____

Data _____ Firma _____

Si informa che i Dati da Lei forniti verranno trattati dal Provider esclusivamente per le procedure di accreditamento e per l'invio di informative relative a successive attività formative organizzate, nel rispetto della normativa a tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003.

Data _____ Firma _____