

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare e inviare a:

SELENE Srl – Eventi e Congressi

Via Medici 23 - 10143 Torino - Tel. 011.7499601 - Fax 011.7499576

E-mail: fimp@seleneweb.com

Cognome _____

Nome _____

Via (Residenza) _____ N. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

C.F. _____ P.IVA _____

Data di nascita _____ Luogo _____

C.F. (obbligatorio per i crediti formativi ECM) _____

PROFESSIONE:

MEDICO CHIRURGO:

☐ PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

☐ PEDIATRIA

☐ MEDICINA GENERALE

☐ IGIENE

☐ EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA

☐ INFERMIERE PEDIATRICO

☐ INFERMIERE (operante in struttura pediatrica)

☐ ASSISTENTE SANITARIO (operante in struttura pediatrica)

Ente/Ospedale/Asl _____