

## Scheda iscrizione corso Medicina Tropicale 2011

Nome ..... Cognome .....  
Indirizzo ..... n° civico .....  
Cap ..... città ..... prov .....  
Telefono ..... cellulare .....  
e-mail .....

### Professione:

- medico
- infermiere
- infermiere pediatrico
- ostetrica
- studente
- altro (specificare).....

**Necessità ECM** sì  no

### Mi iscrivo ai seguenti moduli:

- modulo 1 Primary Health Care
- modulo 2 Chirurgico-ortopedico
- modulo 3 Salute materno infantile

### Come è venuto a conoscenza del corso?

- newsletter CCM
- sito CCM
- locandina
- altro (specificare).....

Il/la sottoscritto/a acconsente alla trasmissione dei propri dati personali al CCM – Comitato Collaborazione Medica, che li tratterà nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy.

Firma \_\_\_\_\_

Inviare via fax allo 011 3839455 oppure scannerizzato via e-mail a: [formazione@ccm-italia.org](mailto:formazione@ccm-italia.org)

Al momento della ricezione e conferma dell'iscrizione verranno comunicate le modalità per il versamento del contributo.