****

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**DATI PERSONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:**  |
| **Data di nascita:** | **Cittadinanza:** |
| **Luogo di nascita:** | **(Prov.)**  |
| **Stato:** | **Genere: M F**  |
| **Indirizzo:** |
| **Città:** | **Provincia:**  |
| **CAP:** | **Regione:**  |
| **Telefono:** | **Fax:**  |
| **E-mail:** |
| **Codice fiscale:**  **P. IVA:** |

**DATI PROFESSIONALI** (da compilare ai fini ECM)

|  |
| --- |
| **Professione:**  |
| **Specializzazione:**  |
| **Ruolo**  | **Ente di appartenenza:**  |
| **Richiede attestato ECM se previsto: SI NO**  |

Evento **ECM** accreditato presso il Ministero della Salute per Medici Specialisti in:

Dermatologia e Venereologia, Allergologia ed Immunologia clinica.

L'evento è gratuito ed è accreditato per n. 50 partecipanti.