



ID EVENTO N 335489

Soc. Coop. Sociale Marenostrum  
Trapani

**O.P.I. Trapani**

## **Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trapani**

91016 Erice Casa Santa (TP) via Convento San Francesco di Paola, 56

Tel. 0923/532103 – Fax. 0923/1982084- e-mail: [formazioneopitrapani@gmail.com](mailto:formazioneopitrapani@gmail.com)

### **Corso di Formazione Continua in Medicina ECM**

**“IL METODO DEI GRUPPI BALINT “ CONTINUIAMO.... A PRENDERCI CURA DI CHI CURA”**

**10 crediti E.C.M**

Sede: piattaforma multimediale <http://app.weschool.com>

**27 NOVEMBRE 2021**

**N.B. Ai fini dell'iscrizione all'evento e dell'assegnazione dei crediti ECM:**

- verrà data priorità agli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trapani
- la compilazione dei campi con (\*) è obbligatoria
- si deve essere in regola con i versamenti all'Ordine di appartenenza
- la frequenza è obbligatoria del 100%
- i crediti verranno assegnati solo col superamento del test di valutazione, altrimenti verrà rilasciato un attestato di partecipazione

### **Scheda di Iscrizione**

Compilare a stampatello ed in forma leggibile

*(Inviare alla mail: [formazioneopitrapani@gmail.com](mailto:formazioneopitrapani@gmail.com) – o via fax al n° 0923.1982084)*

|                                              |                                   |                     |  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|--|
| Cognome *                                    |                                   |                     |  |
| Nome *                                       |                                   |                     |  |
| Nato/a a *                                   | Prov. ( ) *                       | il *                |  |
| Codice Fiscale *                             |                                   |                     |  |
| Indirizzo di residenza *                     |                                   |                     |  |
| Prov. ( ) *                                  | Città *                           | CAP *               |  |
| Tel. *                                       | Cell. *                           |                     |  |
| e-Mail *                                     | PEC *                             |                     |  |
| Ente presso cui si presta servizio *         | U.O.                              |                     |  |
| Libero Professionista* <input type="radio"/> | Dipendente* <input type="radio"/> | Altro* _____        |  |
| Professione *                                |                                   |                     |  |
| Specializzazione *                           |                                   |                     |  |
| Isritto Ordine _____                         | di _____                          | *posizione n° _____ |  |

Ai sensi della legge 196/2003 (testo unico sulla Privacy), AUTORIZZO gli organizzatori del corso ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al corso di formazione.

Trapani li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_