****

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

DA INVIARE VIA MAIL A : [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C:\Users\gaetano\AppData\Local\Temp\segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)

COGNOME..........................................................................NOME.............................................................................

LUOGO E DATA DI NASCITA…………………………………………………….. CODICE FISCALE………………………………………………….

RESIDENTE IN VIA.......................................................................................CITTÀ......................................................

TEL/FAX...............................................................................EMAIL..............................................................................

PROFESSIONE : MEDICO CHIRURGO INFERMIERE FARMACISTA BIOLOGO

TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO

SPECIALIZZAZIONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

RUOLO ATTUALMENTE RICOPERTO:

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Evento ECM accreditato presso il Ministero della Salute per medico chirurgo specialista in: Medici Specialisti in: **Dermatologia e Venereologia, Allergologia ed Immunologia, Pediatria, Gastroenterologia, Reumatologia, Oncologia, Neurologia, Psichiatria, Chirurgia Generale; Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Medici di Medicina Generale, Medicina interna, Farmacisti, Psicologi, Biologi, Infermieri e Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico**