****

**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.