



Modulo di **ISCRIZIONE** al Corso per un totale di **9 CREDITI ECM**
rivolto a tutte le professioni sanitarie

“LA GESTIONE DEL PAZIENTE IN DIALISI”

venerdì 27 giugno 2025

orario: 8:30 - 19:00

SEDE CORSO: SALA CONVEGNI HOTEL PROMENADE - MONTESILVANO (PE)

DATI ANAGRAFICI	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Nato a	Prov. (____) - il ____ / ____ / ____
Residente a	CAP ____ - Prov. (____)
Via	
Telefono/Fax	Cellulare
E-mail puoi scrivere anche tutto maiuscolo MA IN STAMPATELLO	
PROFESSIONE	
DISCIPLINA	
N° iscrizione albo/collegio	

☐ iscritto FIALS € 10,00

☐ NON iscritto € 50,00

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all'art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente al trattamento dei dati personali all'unico scopo della gestione amministrativa e organizzativa di erogazione di attività formative così come previsto dal D.Lgs. 196/2003.

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

Data ____ / ____ / 2025

Firma _____

Una volta compilato il Modulo di Iscrizione inviarlo tramite mail a fialspescara@libero.it
oppure contatta il tuo delegato sindacale.