

La Medicalizzazione della Sessualità Maschile

WBSM14

1° Workshop on Bioethics and Sexual Medicine

Scheda di Iscrizione

Si prega di scrivere in stampatello*

Il sottoscritto

nato a () il / /

residente a ()

Via/Piazza n° CAP

Codice Fiscale

E-mail @

PEC

Cellulare

☐ Medico Medicina Generale

☐ Specialista in

☐ Psicologo ☐ Infermiere ☐ Altro ☐ Specializzando in

Ente/Struttura di appartenenza

☐ L: Libero Professionista

☐ D: Dipendente

☐ C: Convenzionato

☐ P: Privo di occupazione

***Dati obbligatori** ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM - Evento n°82874 - se conseguiti, di N. 11,5 crediti per le seguenti professioni: PSICOLOGIA - BIOLOGIA - MEDICO CHIRURGO: urologia, chirurgia plastica e ricostruttiva, endocrinologia, malattie metaboliche e diabetologia, medicina generale (medici di famiglia) - SCIENZE INFERMIERISTICHE. Provider ECM n. 333 - S.I.A. **ISCRIZIONE GRATUITA** per un massimo di 250 PARTECIPANTI

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675.

Data..... Firma.....

La presente scheda compilata in ogni sua parte va inviata alla Segreteria Scientifica nelle seguenti modalità:

Telefono 06 80691301 • 06 51008522

Fax 06 80660226 • 06 51008509

Posta Elettronica

siascongressteam@andrologiaitaliana.it

lauretti.stefano@aslrmc.it

