



### SCHEDA D' ISCRIZIONE

**DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA- FAX 04221830124**  
**OPPURE , FAX-1786021736-**

**Per iscrizione on line [www.partoriresenzadolore.it/ISCRIZIONE/index.htm](http://www.partoriresenzadolore.it/ISCRIZIONE/index.htm)**  
**[www.partoriresenzadolore.it](http://www.partoriresenzadolore.it)**

Oppure:

**E- MAIL [micheledistefano33@alice.it](mailto:micheledistefano33@alice.it) -[info@partoriresenzadolore.it](mailto:info@partoriresenzadolore.it) TEL. 360988259**  
**IMPROROGABILMENTE ENTRO IL 25 NOVEMBRE 2009**

**ENGLISH SCIENTIFIC COURSE**  
**(CORSO INGLESE SCIENTIFICO SANITARIO)**  
**evento n. 13670 – 9020301 gia' accreditato**  
**21 CREDITI ECM**

## MAZARA DEL VALLO

**AUDITORIUM OSPEDALE DI MAZARA DEL VALLO 30 NOVEMBRE E 01/ 22 DICEMBRE 2009**

H. 9,00 -H 12,00 E H 15,00 – H 19,00

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

PROFESSIONE .....

C.F. (obbligatorio).....

Indirizzo ..... Città ..... Prov. .... Cap .....

Tel. .... Fax ..... e-mail .....

DATA E CITTA' DI NASCITA.....

Data .....

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. : Il presente modulo compilato, firmato ed inviato alla segreteria organizzativa, entro i termini previsti, conferma l'adesione del partecipante al corso in oggetto.**

**DIRETTORE E TUTOR DEL CORSO DR.SSA TERRAMAGRA CATERINA DOCENTE DI LINGUE  
LAUREATA IN LINGUE E LETTERATURA STRANIERE PRESSO L'UNIVERSITA' DI PALERMO  
ALLA FINE DEL CORSO VERRA RILASCIATO ATTESTATO CON 21 CREDITI ECM DOPO TEST FINALE  
CORSO GIA' ACCREDITATO DAL MINISTERO DELLA SALUTE , COMMISSIONE ECM  
COSTO DEL CORSO 60,00 EURO**

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO:**  
**CONTATTARE IL DR. MICHELE DI STEFANO PER P.S.D**  
**TEL. N. 360988259 segreteria organizzativa -0923907226**  
**E mail- [micheledistefano33@alice.it](mailto:micheledistefano33@alice.it)**  
**[info@partoriresenzadolore.it](mailto:info@partoriresenzadolore.it)**

**Per persone fisiche che pagano in proprio, IL CONTRIBUTO di iscrizione non è assoggettata ad IVA ai sensi del DPR 633/72 art. 10, n. 20 e succ. modifiche, trattandosi di corso accreditato ECM.**

TUTELA DATI PERSONALI – INFORMATIVA

Si informa il Partecipante, ai sensi del D.Lgs.196/03: (1) che i propri dati personali riportati sulla scheda di iscrizione (Dati) saranno trattati in forma automatizzata per l'adempimento di ogni onere relativo alla sua partecipazione all'evento; (2) il conferimento dei Dati è facoltativo: il partecipante ha diritto di opporsi al trattamento sopra previsto. In tale caso, tuttavia, non sarà possibile dare corso al servizio. Titolare del trattamento e il DR. MICHELE DI STEFANO via TERMINI 10 MAZARA DEL VALLO 91026

MODALITÀ DI DISDETTA E RIMBORSO:

L'eventuale disdetta di partecipazione all'evento dovrà essere comunicata in forma scritta alla segreteria organizzativa entro e non oltre il 4° giorno lavorativo precedente la data di inizio dell'evento. Trascorso tale termine sarà inevitabile l'addebito della intera quota di iscrizione. E' possibile inviare, in sostituzione, un collega di lavoro purchè il nominativo venga comunicato via fax almeno un giorno prima della data dell'evento.

Per circostanze imprevedibili IL DR. MICHELE DI STEFANO si riserva il diritto di modificare LE DATE, E LA SALA CONFERENZA , e di annullare il corso CHE COMUNQUE VERRA' COMUNICATO IN ANTICIPO

P.S.D. PARTORIRE SENZA DOLORE   PARTORIRE SENZA DOLORE P.S.D.

**Ministero della Salute**

**E.C.M.**  
Educazione Continua  
in Medicina

Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

**ENGLISH SCIENTIFIC COURSE**  
**(CORSO INGLESE SCIENTIFICO SANITARIO)**

EVENTO RESIDENZIALE N. 9020301  
RIF. ORGANIZZATORE 13670  
TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE ,  
CREDITI ECM ASSEGNATI **21**

**MAZARA DEL VALLO 30 NOVEMBRE E 01/22 DICEMBRE 2009**  
( h 9,00-h 19,00)  
**AUDITORIUM OSPEDALE DI MAZARA**  
DIRETTORE E DOCENTE DEL CORSO  
DR .SSA TERRAMAGRA CATERINA

PREISCRIZIONE OBBLIGATORIA TRAMITE MODULO ISCRIZIONE DA INVIARE AL  
N. FAX 04221830124 / 1786021736 OPPURE VIA E-MAIL , [info@partoriresenzadolore.it](mailto:info@partoriresenzadolore.it)  
[micheledistefano33@alice.it](mailto:micheledistefano33@alice.it) e/o telefonando al n. 360988259 DR. MICHELE DI STEFANO  
Iscrizione on line dal sito [www.partoriresenzadolore.it/ISCRIZIONE/index.htm](http://www.partoriresenzadolore.it/ISCRIZIONE/index.htm)

**quota di partecipazione euro 60,00 ,**  
**QUALE CONTRIBUTO**  
**PER LE SPESE DI ORGANIZZAZIONE E TASSE D'ACCREDITAMENTO ECM**

 **E.C.M.**  **E.C.M.**