

DOMANDA RILASCIO CREDITI ECM

all'interno del corso 'IAA - LIVELLO AVANZATO'

Dati della Persona

Nome e cognome.....
Luogo e Data di nascita.....
Residente in Via CAP.....
Città Provincia di
CF
P. Iva o codice SDI
Telefono
Mail
Tipo di laurea sanitaria.....

Dati di fatturazione (se diversi da quelli della persona)

Ente/Nome e cognome
Residente in Via..... CAP.....
Città Provincia di
CF
P. Iva o codice SDI
Telefono
Mail

- ☐ Dichiaro di essere a conoscenza delle caratteristiche del percorso formativo in oggetto
- ☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali come da DPGR 679/2016
- ☐ Dichiaro di essere iscritto regolarmente al corso avanzato in IAA
- ☐ Dichiaro di essere un professionista sanitario regolarmente iscritto all'albo

50 Crediti ECM

1. Costo: 150 €

2. Pagamento: tramite bonifico intestato a **UAM - Umanimalmente snc**, Banca Sella, IBAN: **IT13F0326830530052308265720** con causale **COGNOME e NOME_richiesta_creditiECM_IAA_livello avanzato**

- ☐ Dichiaro di essere a conoscenza che la mancata partecipazione al 100% di lezioni del corso avanzato in IAA non consentirà l'erogazione dei crediti ECM richiesti ed alcun tipo di rimborso della quota versata

Data:

Firma allievo:

Invia il presente modulo di iscrizione compilato in ogni sua parte insieme alla ricevuta del pagamento effettuato a **scuola@umanimalmente.it**