

# Nutrienti, Nutraceutica e Stile Mediterraneo per il cuore e per la mente

**LECCE, 25 MAGGIO 2019**

**Centro Congressi Art Hotel**  
Via G. De Chirico, 1

## ACCREDITAMENTO ECM

"ANCE", Provider Nazionale ECM, secondo le normative ministeriali vigenti, ha assegnato al Corso di Aggiornamento n. 6 **Crediti Formativi ECM** per n. 100 partecipanti delle categorie indicate sul retro della scheda di iscrizione.

Codice Evento RES (Formazione Residenziale) per Medici n. 1244-259801 e Codice Evento RES (Formazione Residenziale) per le altre figure professionali n. 1072-263319.

Il rilascio della certificazione dei crediti è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento e al rilevamento delle presenze.

La frequenza effettiva sarà verificata per l'intera durata del convegno, mediante foglio di registrazione presenze e orari.

Per l'ottenimento dei crediti formativi ECM è necessario seguire interamente i lavori scientifici, rispondere correttamente al questionario di verifica, compilare la scheda di iscrizione, indicando tutti i dati richiesti in modo chiaro e completo. Il mancato o parziale inserimento dei dati anagrafici, comporterà la mancata assegnazione dei crediti ECM da parte del Ministero della Salute.

I crediti formativi ECM verranno assegnati dopo le dovute verifiche.

Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione da utilizzare ai fini del proprio curriculum professionale.

## ISCRIZIONE E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al convegno è gratuita e a numero chiuso.

La richiesta di partecipazione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa, mediante l'apposita scheda da inviare a mezzo fax al numero **0832.868090** o via e-mail a: [segreteria@mittsolutions.com](mailto:segreteria@mittsolutions.com)

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



### MITT SOLUTIONS EVENTS srls

Via Cicolesella, 8/D - 73100 LECCE  
Tel. 0832.340555 - Fax 0832.868090  
Cell. 329.8711152  
[www.mittsolutions.com](http://www.mittsolutions.com)  
e-mail: [ecm@mittsolutions.com](mailto:ecm@mittsolutions.com)

Compilare in stampatello ed inviare alla segreteria organizzativa

COGNOME

NOME

#### MEDICO CHIRURGO:

- ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA
- CARDIOLOGIA
- DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
- GERIATRIA
- MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA
- MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA DELLO SPORT
- NEFROLOGIA
- GINECOLOGIA E OSTETRICIA
- MEDICINA LEGALE
- IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
- MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
- CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
- SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA
- MEDICINA GENERALE

- BIOLOGO
- DIETISTA
- FARMACISTA
- TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
- PSICOLOGO
- INFERMIERE
- CHIMICO
- FISIOTERAPISTA

AZIENDA / OSPEDALE / ENTE DI APPARTENENZA

NATO A

IL

INDIRIZZO PRIVATO

CAP - CITTÀ - PROVINCIA

TELEFONO - FAX

MOBILE

CODICE FISCALE

E-MAIL

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Compilando la seguente scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto degli obblighi previsti dalla legge 196/2003.

DATA

FIRMA