"RESPONSABILITA' MEDICA: ASPETTI NORMATIVI, DEONTOLOGICI, MEDICO LEGALI ED ASSICURATIVI"

7,8 ECM

CORSO FORMAZIONE RESIDENZIALE

Sabato 06 GIUGNO 2026

Presso **Sala convegni OMCEO Brindisi**

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Professione: Medico Chirurgo ☐ odontoiatra ☐ Libero professionista ☐ Dipendente ☐ convenzionato ☐

Unità Operativa _____

Ente di appartenenza _____

Disciplina esercitata _____

Indirizzo: Via/Piazza _____N. _____

CAP _____ Località _____ Provincia

Telefono _____ Cellulare _____

Posta elettronica _____

Chiede di essere ammesso/a alla frequenza del Corso: del 06/06/2026

Per il riconoscimento dei crediti ECM indicare: **Iscrizione Albo**_____ **n.**_____

* Codice Professione Sanitaria ☐ * Codice Disciplina ☐ (vedere codici Agenas nella sezione "Formazione" del sito dell'Ordine)

Data, _____ Firma _____

Da inviare alla Segreteria dell'Ordine tramite mail a: **ordinemedicibr@gmail.com**

Le iscrizioni saranno accolte fino al massimo di 100 seguendo l'ordine cronologico di arrivo e comunque entro il 01/06/2026.