



Valutazione Apprendimento dei Partecipanti
'Evento Formativo 1847 - ????
RSR - SIAPAV Sezione ????
"titolo"
Città, GG Mese anno

Dati Identificativi del Partecipante

Cognome _____

Nome _____

Data e Luogo
di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____

Telefono fisso _____ Cell _____

Telefax _____

Indirizzo e-mail _____ @ _____

Disciplina **Angiologia** **Cardiologia**
 Chirurgia Vascolare **Medicina Interna**
 altro _____

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui alla legge 675/96 – *Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali*, ai sensi dell'art. 11 della legge stessa, conferisce il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali per gli scopi e le finalità previste dal Programma Nazionale della Formazione Continua del Ministero della Salute – E.C.M. – limitatamente alla partecipazione del corso in oggetto indicato.
 Firma

e-mail: formazione@siapav.it

SEGRETERIA
OPERATIVA

GC Congressi – I-00195 Roma via P. Borsieri, 12
 Tel +39-6-3729466 Fax **+39-6-37352337** e-mail: segreteria@siapav.it md2535@mclink.it

Avvertenze

- 1) Il Certificato sarà inviato esclusivamente per posta elettronica;
- 2) Gli Specializzandi non hanno obbligo di acquisire Crediti Formativi
- 3) Il dossier dovrà essere consegnato integro alla Segreteria del Congresso alla fine del Congresso o al momento della partenza; il Certificato di Partecipazione al Congresso sarà rilasciato solo alla riconsegna (compilato o meno) del presente dossier

inserire qui i quesiti a scelta multipla, evitando di utilizzare la formattazione automatica elenco numerato

esempio

1 Il salvataggio d'arto farmacologico è indicato:

- a) in tutti i casi di ischemia critica
- b) nell'arteriopatia instabile
- c) nell'ischemia critica non rivascolarizzabile
- d) nella claudicazione intermittente serrata