

**ECM**  
**Educazione Continua in Medicina**  
**Progetto/ Evento**

**TITOLO: La Promozione degli Stili Alimentari corretti per una lunga vita in salute**  
**Sala Teatro ASL FR - 19 Dicembre 2018 (evento accreditato n°23/2616)**

Cognome	
Nome	
Nato/a	a..... il .....
Residente a – Prov. - CAP	
Via – Piazza – n°	
N° telefono	
N° cellulare	
E-mail	

**CODICE FISCALE**      - - - - -

Ruolo (barrare)	Partecipante o	Docente o	Tutor o	Relatore o
Qualifica Professionale (barrare e specificare)	<input type="checkbox"/> MEDICO DIP. PREVENZ. ASL FROSINONE : <input type="checkbox"/> SIAN <input type="checkbox"/> SISP <input type="checkbox"/> PRESAL <input type="checkbox"/> MEDICO DIP. PREVENZ. ASL ..... <input type="checkbox"/> SIAN <input type="checkbox"/> SISP <input type="checkbox"/> PRESAL <input type="checkbox"/> MEDICO Disciplina ..... <input type="checkbox"/> MEDICO VETERINARIO <input type="checkbox"/> ASL FR <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIB. .PROF. <input type="checkbox"/> BIOLOGO. <input type="checkbox"/> ASL FR <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIB. .PROF. <input type="checkbox"/> TECN. DELLA PREVENZ. <input type="checkbox"/> ASL FR <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIBERO.PROF. <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> ASL FR <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIBERO.PROF. <input type="checkbox"/> DIETISTA . <input type="checkbox"/> ASL FR <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIBERO.PROF. <input type="checkbox"/> TECNOLOGO ALIM. <input type="checkbox"/> ASL ..... <input type="checkbox"/> LIBERO.PROF.			
N° Iscrizione Ordine/Coll./Ass.Prof.				
Specializzazione				
Unità Operativa e relativa Sede				

INVIARE CON CONGRUO ANTICIPO ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA PRESSO IL  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SIAN - VIA FAX ( **0775 830128** ) OPPURE VIA MAIL  
([sian@aslfrosinone.it](mailto:sian@aslfrosinone.it)). Per informazioni telefoniche: 0775 8822254/52 - 3490564812

Per gli esterni al Dipartimento di Prevenzione della ASL FR, la partecipazione con rilascio dei crediti ECM è subordinata alla comunicazione di avvenuta accettazione. La partecipazione come uditori, previa iscrizione con apposito modulo, è libera.

**Data** .....

**FIRMA DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
(OVE PREVISTO)**

**Firma** .....