

**LA TRE GIORNI**  
**MATERNO-INFANTILE**  
**Congresso Internazionale Congiunto**  
**sulle Emergenze Pediatriche e Ostetriche**

7° CONGRESSO NAZIONALE E INTERNAZIONALE SIAATIP

5° CONGRESSO SOCIETA' ITALIANA DI PARTOANALGESIA

7° CONGRESSO SOCIETY FOR ULTRASOUND IN ANAESTHESIA (SUA)

5° CONGRESSO INTERNAZIONALE PAICSAT (*Pediatric Anesthesia and Intensive Care Society and Applied Technologies*)

FOGGIA, 18-20 OTTOBRE 2018 – Auditorium dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Foggia

**SCHEDA DI ISCRIZIONE (iscrizione gratuita)**  
**da inviare esclusivamente via email a [siaatip@gmail.com](mailto:siaatip@gmail.com)**

**Ai fini ECM è obbligatorio compilare, in modo chiaro e leggibile, tutte le parti della scheda.** A coloro che seguiranno tutte e tre le giornate e supereranno il workshop sarà rilasciato, oltre all'attestato ECM, il **DIPLOMA IN EMERGENZE PEDIATRICHE E OSTETRICHE** (numerato e registrato c/o la Società Scientifica per la documentazione dell'acquisizione delle competenze)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo Abitazione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo E-MAIL \_\_\_\_\_

Indicare la propria posizione:

Iscritto Albo Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Iscritto Ordine Infermieri della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Iscritto Ordine Ostetriche della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Dipendente presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_