

# LA TERAPIA RIABILITATIVA DEL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO:

## MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E- mail \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

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

### **QUOTA ISCRIZIONE: € 25 + IVA 22%**

La quota di iscrizione comprende: partecipazione ai lavori, kit congressuale, lunch e attestato di partecipazione.

Il versamento della quota dovrà essere effettuato contestualmente all'invio della suddetta scheda a:

T.A. CONGRESSI SRL – Banco di Napoli – IBAN IT75R0306916028100000004356, indicando sulla causale il proprio nominativo.

La presente scheda, debitamente compilata in stampatello in tutte le sue parti, va inviata alla Segreteria organizzativa T.A. Congressi S.r.l. via e-mail ([tittimerenda@tacongressi.it](mailto:tittimerenda@tacongressi.it)) entro **lunedì, 9 Ottobre p.v.**

Le iscrizioni saranno accettate in ordine cronologico di arrivo. Poiché la partecipazione al Convegno e la relativa assegnazione dei crediti formativi è a numero chiuso, la Segreteria Organizzativa, se esauriti i posti disponibili, avviserà via mail coloro i quali non possono essere inseriti per raggiunto numero.

### **CREDITI FORMATIVI**

Il Provider Audit Atque Resolvit S.r.L., sulla base delle normative vigenti, ha assegnato all'evento n. 8 Crediti Formativi ECM. Codice di riferimento RES (Residenziale) n. 4822- 395651.

### **PROFESSIONI/DISCIPLINE ACCREDITATE:**

FARMACISTA PUBBLICO DEL SSN; FARMACISTA TERRITORIALE; FARMACISTA DI ALTRO SETTORE;

LOGOPEDISTA

MEDICO CHIRURGO OTORINOLARINGOIATRIA

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

AUDIOLOGIA E FONIATRIA;

TECNICO AUDIOMETRISTA

FISIOTERAPISTA