

**ECM**  
**Educazione Continua in Medicina**

**TITOLO: Ri-generare il desiderio di salute di comunità: la promozione della salute mentale**  
**Evento formativo n° 23/4148 - ECM 9**

Cognome	
Nome	
Nato/a... il...	
Residente a – Prov. - CAP	
Via – Piazza – n°	
N° telefono	
N° cellulare	
E-mail	
MODALITA' DI PARTECIPAZIONE	<input type="radio"/> in presenza <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> online</span>

CODICE FISCALE \_ \_ \_ \_ \_

Ruolo	Partecipante	o	Docente	o	Tutor	o	Relatore	o
Qualifica Professionale								
N° Iscrizione Ordine/Coll./Ass.Prof.								
Specializzazione								
Unità Operativa								
Sede Unità Operativa								