



Breve Curriculum Ecografico

Partecipante

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Vicolo/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ cell. _____ e.mail _____

Formazione ed Esperienza Professionale

Laurea in Medicina presso l'Università _____ in data _____

Attività Lavorativa _____

Istituto/Ente di Appartenenza _____

Reparto/Divisione/Servizio _____

Specializzazione _____

Ha partecipato ad altri Corsi di Ecografia? *(se sì, indicare quali)* _____

Utilizza abitualmente un ecografo? _____

Tipo di ecografo usato _____

Data _____ Firma _____