



SCHEDA DI ISCRIZIONE

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL TRAUMA CRANICO: INTEGRAZIONE TRA TERRITORIO, OSPEDALE, RIABILITAZIONE

CENTRO SERVIZI E RICERCHE L'ACQUARIO

Via Ciccarello, 77 REGGIO CALABRIA

10 FEBBRAIO 2024

*** RIF ECM 5216 407346 1° Edizione ***

Si prega di scrivere in stampatello e in maniera leggibile

*Nome: _____ *Cognome _____

Indirizzo: _____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

*Cell _____ *E-mail: _____

***CODICE FISCALE:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Ente di appartenenza _____

*Professione e Specializzazione: _____

*Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS. _____ Num. _____

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

MEDICO CHIRURGO indicare la Specializzazione: _____

MEDICO CHIRURGO privo di Specializzazione

<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> CONVENZIONATO	<input type="checkbox"/> PRIVO OCCUPAZIONE
--	-------------------------------------	--	--

I dati personali forniti all'atto dell'iscrizione all'evento formativo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di Educazione Continua in Medicina ed in conformità al D.lgs. n. 196/2003 e al successivo GDPR 679/2016

L'ECM "(...) considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario. Il professionista sanitario non può assolvere a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento. Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario deve dichiarare al provider il proprio reclutamento e il mancato superamento del limite di cui al precedente comma. (...)"

La/il sottoscritta/o DICHIARA di essere reclutato : SI NO

In caso affermativo, la/il sottoscritta/o DICHIARA che, con la frequenza del presente corso, non assolverà a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento. SI NO

Data.....

Firma leggibile.....