



**PROGETTO FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
PANDEMIA DI TAGLI CESAREI**

GRAND HOTEL PARKER'S - NAPOLI, 9 GIUGNO 2015

SI PREGA DI RINVIARE LA SCHEDA COMPILATA ALL'INDIRIZZO EMAIL: INFO@MSGROUP.IT

DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE (IN STAMPATELLO)

Cognome e nome	
Professione (si prega di barrare)	<input type="checkbox"/> Medico-Chirurgo Disciplina/Specializzazione (indicare in modo chiaro) <input type="checkbox"/> Altro (indicare Professione) <input type="checkbox"/> No ECM
Codice fiscale (indicare in modo leggibile)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Inquadramento prof.le (indicare uno dei casi riportati)	<input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione
Data, Luogo e Provincia di nascita	
Nr. Iscrizione _____	Ordine di _____ Data _____
Numero di cellulare (ev. indicare telefono fisso)	
e-Mail (indicare in modo leggibile)	
Sede di lavoro (Ente e indirizzo CAP – Città – Provincia)	
Indirizzo privato CAP – Città – Provincia (per ev spedizione cartacea attestato ECM)	

Dichiara di

- Non essere stato reclutato da alcuna azienda sponsor
- Di essere stato direttamente reclutato dalla seguente azienda sponsor: _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. AOGOI, come richiesto dalla Commissione Nazionale ECM con determina 18 Gennaio 2011, **Le ricorda per ogni professionista sanitario il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto.** Con la presente, inoltre, ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003, il sottoscritto rende noto a questa Segreteria di autorizzarla al trattamento dei suoi dati personali per l'espletamento delle procedure relative al corso in oggetto, in particolare per i fini ECM, tra cui, a titolo esemplificativo e non tassativo, la pubblicazione del proprio curriculum nella Banca Dati del sito ECM e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti partecipanti" del Rapporto ECM".

Accetto Non accetto

Firma del partecipante _____

Firma leggibile