

	ANAGRAFICA PARTECIPANTE
--	-------------------------

--

LUOGO DELL'EVENTO	DATA	EVENTO ECM N°
RES		6303- 421521

N.B: SI PREGA GENTILMENTE DI COMPILARE TUTTI I CAMPI IN **STAMPATELLO LEGGIBILE**. NEL CASO DI COMPILAZIONE INCOMPLETA O INESATTA DELLA PRESENTE SCHEDA IL PROVIDER NON È IN GRADO DI GARANTIRE LA CORRETTA ASSEGNAZIONE DEI CREDITI ECM.

COGNOME													
NOME													
CODICE FISCALE													
LUOGO DI NASCITA								DATA DI NASCITA					

INDIRIZZO RESIDENZA					
CAP		CITTÀ		PROV.	

TELEFONO		E-MAIL	
----------	--	--------	--

STATO	☐ DIPENDENTE (SPECIFICARE ENTE) _____ ☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE
--------------	---

ACCREDITAMENTO	AL FINE DELL'ACCREDITAMENTO ECM È NECESSARIO INDICARE LA DISCIPLINA DI APPARTENENZA BARRANDOLA TRA QUELLE ELENcate NELLA LISTA PRESENTE SUL RETRO DI QUESTO FOGLIO
----------------	---

DATI FATTURAZIONE													
Ragione sociale _____													
Indirizzo _____													
P.IVA													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
CIG													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
Legalmail _____													

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 a norma degli art. 33/36, le informazioni fornite verranno trattate con finalità di gestione amministrativa; ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 acconsento al trattamento dei miei dati personali, sensibili; autorizzo l'uso dei miei dati *ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)*.
 Acconsento inoltre alla diffusione degli stessi dati quando tale diffusione sia necessaria per l'espletamento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento, da una normativa comunitaria e comunque liberamente nell'ambito del mio rapporto commerciale (oltre naturalmente alla libera diffusione dei dati quando da me esplicitamente richiesta) Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a per iscritto e verbalmente dei diritti a me spettanti di cui al Titolo II articoli dal 7 al 10 del D.Lgs. 196/2003.
 La preghiamo di autorizzare il trattamento dei dati in nostro possesso *

DATA ____/____/____ FIRMA _____

ANAGRAFICA PARTECIPANTE

X	DISCIPLINA / PROFESSIONE	
	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	MEDICO CHIRURGO
	ANGIOLOGIA	
	CARDIOLOGIA	
	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	
	EMATOLOGIA	
	ENDOCRINOLOGIA	
	GASTROENTEROLOGIA	
	GENETICA MEDICA	
	GERIATRIA	
	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	
	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
	MALATTIE INFETTIVE	
	MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA	
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	
	MEDICINA INTERNA	
	MEDICINA TERMALE	
	MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE	
	MEDICINA DELLO SPORT	
	NEFROLOGIA	
	NEONATOLOGIA	
	NEUROLOGIA	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
	ONCOLOGIA	
	PEDIATRIA	
	PSICHIATRIA	
	RADIOTERAPIA	
	REUMATOLOGIA	
	CARDIOCHIRURGIA	
	CHIRURGIA GENERALE	
	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	
	CHIRURGIA PEDIATRICA	
	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	
	CHIRURGIA TORACICA	
	CHIRURGIA VASCOLARE	
	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	
	NEUROCHIRURGIA	
	OFTALMOLOGIA	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
	OTORINOLARINGOIATRIA	
	UROLOGIA	
	ANATOMIA PATOLOGICA	
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	
	BIOCHIMICA CLINICA	
	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	
	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	
	MEDICINA TRASFUSIONALE	
	MEDICINA LEGALE	
	MEDICINA NUCLEARE	
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	
	NEUROFISIOPATOLOGIA	
	NEURORADIOLOGIA	
	PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)	
	RADIODIAGNOSTICA	
	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	

X	DISCIPLINA / PROFESSIONE	
	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	MEDICO CHIRURGO
	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	
	MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA)	
	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	
	PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA)	
	IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	VETERINARIO
	IGIENE PROD., TRASF., COMMERCIAL., CONSERV. E TRAS. ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	
	SANITÀ ANIMALE	
	ODONTOIATRIA	ODONTOIATRA
	FARMACIA OSPEDALIERA	FARMACISTA
	FARMACIA TERRITORIALE	
	BIOLOGO	BIOLOGO
	CHIMICA ANALITICA	CHIMICO
	PSICOTERAPIA	PSICOLOGO
	PSICOLOGIA	PSICOLOGO
	FISICA SANITARIA	FISICO
	ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SANITARIO
	DIETISTA	DIETISTA
	FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPISTA
	EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE
	IGIENISTA DENTALE	IGIENISTA DENTALE
	INFERMIERE	INFERMIERE
	INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO
	LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA
	ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA
	OSTETRICA/O	OSTETRICA/O
	PODOLOGO	PODOLOGO
	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
	TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE
	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA
	TECNICO AUDIOMETRISTA	TECNICO AUDIOMETRISTA
	TECNICO AUDIOPROTESISTA	TECNICO AUDIOPROTESISTA
	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
	TECNICO ORTOPEDICO	TECNICO ORTOPEDICO
	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE	TERAPISTA OCCUPAZIONALE
	TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO
	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	MEDICO CHIRURGO
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	
	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	
	AUDIOLOGIA E FONIATRIA	
	PSICOTERAPIA	
	PRIVO DI SPECIALIZZAZIONE	
	CURE PALLIATIVE	
	EPIDEMIOLOGIA	
	MEDICINA DI COMUNITÀ	MEDICINA DI COMUNITÀ
	ALTRO (INDICARE LA PROFESSIONE)	