

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

--

LUOGO DELL'EVENTO	DATA	EVENTO ECM N°
RES	28/09/2024	6303- 428992.2

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 _____													

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			X	DISCIPLINA / PROFESSIONE		
	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	MEDICO CHIRURGO			IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	MEDICO CHIRURGO	
	ANGIOLOGIA				MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO		
	CARDIOLOGIA				MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA)		
	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA				CONTINUITÀ ASSISTENZIALE		
	EMATOLOGIA				PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA)		
	ENDOCRINOLOGIA				IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	VETERINARIO	
	GASTROENTEROLOGIA				IGIENE PROD., TRASF., COMMERCIAL., CONSERV. E TRAS. ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI		
	GENETICA MEDICA				SANITÀ ANIMALE		
	GERIATRIA				ODONTOIATRIA	ODONTOIATRA	
	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA				FARMACIA OSPEDALIERA	FARMACISTA	
	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO				FARMACIA TERRITORIALE		
	MALATTIE INFETTIVE				BIOLOGO	BIOLOGO	
	MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA				CHIMICA ANALITICA	CHIMICO	
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE				PSICOTERAPIA	PSICOLOGO	
	MEDICINA INTERNA				PSICOLOGIA	PSICOLOGO	
	MEDICINA TERMALE				FISICA SANITARIA	FISICO	
	MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE				ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SANITARIO	
	MEDICINA DELLO SPORT				DIETISTA	DIETISTA	
	NEFROLOGIA				FISIOTERAPISTA	FISIOTERAPISTA	
	NEONATOLOGIA				EDUCATORE PROFESSIONALE	EDUCATORE PROFESSIONALE	
	NEUROLOGIA				IGIENISTA DENTALE	IGIENISTA DENTALE	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE				INFERMIERE	INFERMIERE	
	ONCOLOGIA				INFERMIERE PEDIATRICO	INFERMIERE PEDIATRICO	
	PEDIATRIA				LOGOPEDISTA	LOGOPEDISTA	
	PSICHIATRIA				ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OTALMOLOGIA	ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OTALMOLOGIA	
	RADIOTERAPIA				OSTETRICA/O	OSTETRICA/O	
	REUMATOLOGIA				PODOLOGO	PODOLOGO	
	CARDIOCHIRURGIA				TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	
	CHIRURGIA GENERALE				TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	
	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE					TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	
	CHIRURGIA PEDIATRICA				TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	
	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA				TECNICO AUDIOMETRISTA	TECNICO AUDIOMETRISTA	
	CHIRURGIA TORACICA				TECNICO AUDIOPROTESISTA	TECNICO AUDIOPROTESISTA	
	CHIRURGIA VASCOLARE				TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	
	GINECOLOGIA E OSTETRICA				TECNICO ORTOPEDICO	TECNICO ORTOPEDICO	
	NEUROCHIRURGIA				TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	
	OFTALMOLOGIA				TERAPISTA OCCUPAZIONALE	TERAPISTA OCCUPAZIONALE	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	
	OTORINOLARINGOIATRIA						
	UROLOGIA				SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	MEDICO CHIRURGO	
	ANATOMIA PATOLOGICA				DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO		
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE				ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE		
	BIOCHIMICA CLINICA				AUDIOLOGIA E FONIATRIA		
	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA				PSICOTERAPIA		
	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA				PRIVO DI SPECIALIZZAZIONE		
	MEDICINA TRASFUSIONALE				CURE PALLIATIVE		
	MEDICINA LEGALE				EPIDEMIOLOGIA		
	MEDICINA NUCLEARE				MEDICINA DI COMUNITÀ		
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				ALTRO (INDICARE LA PROFESSIONE)	MEDICINA DI COMUNITÀ	
	NEUROFISIOPATOLOGIA						
	NEURORADIOLOGIA						
	PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)						
	RADIODIAGNOSTICA						
	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA						