

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

--

LUOGO DELL'EVENTO	DATA	EVENTO ECM N°
RES	09/11/2024	6303- 431609.2

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 _____													

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		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	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 OSTETRICIA			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			SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	MEDICO CHIRURGO
	UROLOGIA			DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	
	ANATOMIA PATOLOGICA			ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE			AUDIOLOGIA E FONIATRIA	
	BIOCHIMICA CLINICA			PSICOTERAPIA	
	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA			PRIVO DI SPECIALIZZAZIONE	
	LABORATORIO DI GENETICA MEDICA			CURE PALLIATIVE	
	MEDICINA TRASFUSIONALE			EPIDEMIOLOGIA	
	MEDICINA LEGALE			MEDICINA DI COMUNITÀ	
	MEDICINA NUCLEARE			ALTRO (INDICARE LA PROFESSIONE)	MEDICINA DI COMUNITÀ
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA				
	NEUROFISIOPATOLOGIA				
	NEURORADIOLOGIA				
	PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA)				
	RADIODIAGNOSTICA				
	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA				