

**SCHEDA DI ISCRIZIONE****NUOVO PIANO TERAPEUTICO NOTA 97: OSPEDALE E TERRITORIO** 1^ EDIZIONE - 25/03/2022 2^ EDIZIONE - 30/03/2022

| | | | |
|---------------------------------|--|-------|------------------|
| Cognome: | | Nome: | |
| Nato a: | | Prov. | Data di nascita: |
| Codice fiscale | | | |
| Residente a: | | Prov. | Via: n. |
| Telefono: | | | |
| Indirizzo di posta elettronica: | | | |

☛ Rapporto di lavoro: dipendente convenzionato libero professionista
 altro: _____

dipendente presso:

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Ente/Impresa di appartenenza: | |
| con sede a: | Prov. |
| ☛ Professione: | ☛ Disciplina: |

Crediti ECM **SI'** **NO**

Per l'evento è in corso l'istanza per il riconoscimento dei crediti (per il personale del ruolo sanitario), l'attribuzione dei quali, validi per l'anno 2022, è subordinata alla validazione secondo la normativa regionale di riferimento (superamento dell'80% del questionario di apprendimento finale, nonché ad una presenza del 100% delle ore complessive previste per l'evento in argomento).

Ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali” con la compilazione della presente scheda si autorizza la Segreteria Organizzativa al trattamento dei dati forniti ai fini ECM.

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Data _____ Firma _____