

## IL DOLORE DEL GINOCCHIO: LE CAUSE PIÙ COMUNI E LE RELATIVE CURE

La presente scheda di iscrizione può essere compilata direttamente dal proprio PC. Se compilata a penna, si prega di scrivere in stampatello in modo leggibile. *La scheda di iscrizione può essere inviata alla Segreteria ECM a mezzo fax al n. 090/8923014 oppure all'indirizzo e-mail: ecm@conoscenzamedica.it*

I dati indicati sono indispensabili al fine di poter ottenere il riconoscimento dei crediti ECM erogati dal Ministero della Salute.

| DATI PERSONALI                                  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Codice fiscale                                  |  |   |  |
| Cognome   |  |   |  |
| Nome  |  |   |  |
| Data di nascita (gg/mm/aaaa)                    |  |   |  |
| Comune di nascita                               |  | PR  |  |
| Comune di residenza                             |  | PR  |  |
| Indirizzo di residenza                          |  | CAP   |  |
| Telefono  |  | Cellulare                                     |  |
| Indirizzo email                                 |  |   |  |
| Indirizzo posta certificata (PEC)               |  |   |  |
| Professione                                     |  |   |  |
| Specializzazione/Disciplina                     |  |   |  |
| N. iscrizione Ordine/Albo/Associazione/Collegio |  |   |  |
| Posizione lavorativa                            | <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |  |
|   | <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |  |
| Struttura pubblica o privata di appartenenza    |  |   |  |

| DATI PER RICEVUTA FISCALE |  |      |  |
|---------------------------|--|------|--|
| Ragione Sociale           |  |      |  |
| Pec (fatt.elett.)         |  |      |  |
| SDI                       |  |      |  |
| Partita iva               |  |      |  |
| Codice Fiscale            |  |      |  |
| Indirizzo Sede Legale     |  | Cap. |  |
| Comune                    |  | Pr.  |  |

## CONDIZIONI GENERALI DI ISCRIZIONE

**1. Modalità di iscrizione e contatti**

L'iscrizione viene considerata completa all'atto del ricevimento della documentazione sotto elencata, da inviare a mezzo fax al numero **090/8923014** oppure all'indirizzo e-mail: **ecm@conoscenzamedica.it**

- Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte.
- Attestazione di avvenuto versamento del contributo per l'iscrizione all'evento formativo in caso di bonifico bancario ordinario.

Per ulteriori informazioni può contattarci ai seguenti recapiti telefonici: **090/2400186 - 388/7793976**

**2. Modalità di versamento del contributo**

Il contributo di iscrizione di € 150,00 deve essere versato in un'unica soluzione mediante una delle seguenti modalità:

- **Bonifico bancario ordinario** a favore di: **CONOSCENZA MEDICA AC** indicando il nominativo del partecipante ed il titolo o l'ID dell'evento formativo.  
**IBAN IT45J0200816511000103560718**  
UNICREDIT AGENZIA 21800 MESSINA GARIBALDI B
- **Bonifico bancario diretto**, mediante la pagina di ACQUISTO CORSI del sito [www.conoscenzamedica.it](http://www.conoscenzamedica.it)
- **Carta di credito**, mediante la pagina di ACQUISTO CORSI del sito [www.conoscenzamedica.it](http://www.conoscenzamedica.it)
- **Assegno non trasferibile** intestato a **CONOSCENZA MEDICA AC** inviato tramite posta assicurata o consegnato direttamente alla Segreteria ECM, previo appuntamento telefonico.
- **Contanti** consegnati direttamente alla Segreteria ECM, previo appuntamento telefonico.

Il versamento del contributo per l'evento formativo in oggetto, da parte del partecipante o della persona giuridica pubblica o privata di appartenenza, comporterà l'acquisizione dello status di socio sostenitore per lo stesso partecipante ed eventualmente per la struttura di appartenenza, esentandoli dalla quota associativa annuale.

**3. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento**

Il Provider ECM *Conoscenza Medica AC* per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:

- **annullare l'evento formativo prima del suo inizio**
- **rinvviare la data di inizio**

Di tali eventuali cambiamenti sarà data tempestiva comunicazione agli iscritti.

**4. Rinunce**

La rinuncia del partecipante all'evento formativo può essere esercitata in qualsiasi momento.

La rinuncia non dà diritto al rimborso del contributo di iscrizione eventualmente versato.

La rinuncia dovrà essere comunicata tramite fax, mail, raccomandata A/R.

**5. Fruizione del corso**

Per poter fruire del corso, sarà necessario registrarsi alla piattaforma E-Learning collegandosi al sito [www.conoscenzamedica.it](http://www.conoscenzamedica.it) sezione **EVENTI** e cliccando sul link **"PIATTAFORMA E-LEARNING"** e poi **"REGISTRATI"**.

Le modalità di iscrizione ed utilizzo della piattaforma E-Learning sono consultabili allo stesso indirizzo.

**6. Attestati**

L'acquisizione dei **crediti ECM** è subordinata:

- Al superamento delle verifiche di apprendimento.
- Alla compilazione del questionario di **Customer satisfaction**.

L'attestato comprovante l'acquisizione dei crediti ECM potrà essere scaricato da ogni corsista al completamento del percorso formativo.

**7. Tutela dei dati personali**

I dati personali forniti all'atto dell'iscrizione all'evento formativo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di Educazione Continua in Medicina ed in conformità al Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR), secondo quanto definito nell'Informativa dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*.

Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui agli artt. da 13 a 22 del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.) fermo restando l'impossibilità di ricevere accreditamento ECM nel caso i dati forniti venissero meno.

La sottoscrizione della presente scheda è anche strumentale alla domanda di ammissione a socio sostenitore dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*, a norma dello statuto.

Con la sottoscrizione della presente si dà il consenso espressamente a codesta Organizzazione, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate e per l'invio di comunicazioni di altri eventi formativi inerenti la propria disciplina.

**Compilando la presente scheda di iscrizione si dichiara espressamente di aver letto ed accettato le condizioni generali di iscrizione.**

DATA

