

EVENTO ECM ID 5371-228361 Ed.1

Campus di Ematologia Franco e Piera Cutino – U.O.C Ematologia e Malattie Rare
del Sangue e degli Organi Ematopoietici, P.O Vincenzo Cervello
Via Trabucco n° 180 - 90146 Palermo



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



PRELIEVI VENOSI PER FINALITÀ DIAGNOSTICHE, ACQUISIZIONE E GESTIONE DEI CAMPIONI BIOLOGICI E DELLE ATTIVITÀ PREANALITICHE

Si prega di compilare il modulo usando una penna blu o nera, in modo leggibile, in stampatello. La mancata interpretazione dei dati può dar luogo all'impossibilità di accreditamento ministeriale.

Per info ed iscrizioni contattare il Provider ECM ai seguenti recapiti:

0902400186 - 3887793976 - ecm@conoscenzamedica.it

Crediti ECM 28,2 - Numero partecipanti 40

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	<input type="checkbox"/> Biologo		
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			

I dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di formazione continua in medicina e in conformità al D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". I partecipanti possono, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 (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 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 propria disciplina.

Firma _____

(Luogo e data)



Conoscenza Medica Associazione Culturale

Via Dogali, 20 - Messina 98122

cell: 388 77 93 976 - tel: 090 24 00 186 - fax: 090 89 23 014

Provider ECM n. 5371

sito web: www.conoscenzamedica.it

e-mail: ecm@conoscenzamedica.it

pec: info@pec.conoscenzamedica.it