

EVENTO ECM ID 5371-235502 Ed.1

Sala Cineforum Istituto "TESTASECCA"
Viale della Regione 1, Caltanissetta
7 Ottobre 2018



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



IL RIABILITATORE INCONTRA LE ALTRE DISCIPLINE

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

Quota iscrizione €40,00 - Crediti ECM 8 - Numero partecipanti 100

Rivolto a Medici chirurghi (specialisti in Medicina fisica e riabilitativa, Radiodiagnostica), Fisioterapisti, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnici sanitari di radiologia medica.

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	Medico chirurgo:	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitativa	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
	<input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica
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 Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR). I partecipanti possono, 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.

Potrà prendere visione dell'Informativa completa visitando il sito www.conoscenzamedica.it alla sezione *Privacy Policy*.

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 la propria disciplina.

_____, _____
(Luogo e data)

Firma _____