

EVENTO ECM 5371-252205 Ed.1

EX CONVENTO SAN FRANCESCO VIA AGATOCLE - SCIACCA (AG)

23 Febbraio 2019

**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua

**OBESITÀ: ALLARME ROSSO LA NECESSITÀ DI CREARE UNA "TASK FORCE" MULTIDISCIPLINARE**

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.

Crediti 8 - Numero partecipanti 100 – Iscrizione gratuita**Rivolto a Medico chirurgo (tutte le specializzazioni), Biologo, Farmacista, Tecnico Ortopedico**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			
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 _____

**CONOSCENZA
Medica**

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.ite-mail: ecm@conoscenzamedica.itpec: info@pec.conoscenzamedica.it