



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

Sede legale: Piazza G. Marconi, 25-00144 Roma

Tel. 06 90253000 - Fax 06 5920078

Partita IVA e C.F. 05646001007



Scheda di iscrizione evento ECM

**LA CORRETTA GESTIONE DEL DOLORE NEUROPATICO
NON ONCOLOGICO: NELLA PRESA INCARICO DEL PAZIENTE DIABETICO**

SEDE: Hotel Bassetto, Via Casilina km 74.600 - 03013 Ferentino (FR)

Data: 31 marzo 2017

Codice ECM evento: 2202 – 181779

Nome:					Cognome:															
Data di nascita:			Comune o Stato estero di nascita:																	
Codice Fiscale: campo obbligatorio																				

Recapito: campo obbligatorio

Via/Piazza:												n°:	
CAP:		Comune:										Prov.:	
Telefono:						Fax:							
Cellulare:						Email:							

Indicare se: campo obbligatorio

<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato
--	-------------------------------------	--

Professione: campo obbligatorio

<input type="checkbox"/> Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> Altro		
--	--------------------------------	--	--

Disciplina: campo obbligatorio

<input type="checkbox"/> Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

campo obbligatorio

Iscrizione Ordine di _____	Numero _____
----------------------------	--------------

Privacy: campo obbligatorio

I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente, in forma strettamente riservata, in osservanza del D.Lgs. 196/03. Gli stessi potranno essere, su richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento. In particolare tali dati potranno essere inviati al Ministero della Salute, per i fini afferenti alle iniziative di Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio, nell'ambito del programma Educazione Continua in Medicina.

DATA _____

FIRMA _____

Reclutamento diretta da parte dello sponsor: campo obbligatorio

PER IL PARTECIPANTE	
Determina della CNFC del 18 gennaio 2011: il partecipante, <u>in caso di invito diretto da parte dello sponsor</u> , DEVE indicare nel campo seguente il nome dello sponsor: _____	
Il Provider, in caso di mancata segnalazione da parte del partecipante, riterrà lo stesso non reclutato da alcuno sponsor.	

Si ricorda al partecipante il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti nel triennio acquisibili mediante reclutamento diretto.

DATA _____

FIRMA _____