



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

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

Tel. 06 90253023

Partita IVA e C.F. 05646001007

Scheda di iscrizione evento ECM

I disturbi del sonno, la depressione e il trauma nell'ambulatorio del Medico di Famiglia

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Viale XXI Aprile 81 - 00162 Roma c/o ASSIREM Associazione Scientifica Italiana
per la ricerca e l'educazione nella medicina del sonno

DATA: 16 NOVEMBRE 2019

Codice ECM evento: 2202 – 270356

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	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione
--	-------------------------------------	--	---

Professione: campo obbligatorio

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

Disciplina: campo obbligatorio

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

campo obbligatorio

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

Privacy: campo obbligatorio

I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente, in forma strettamente riservata, in osservanza del GDPR 2016/679. 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 diretto da parte dello sponsor: campo obbligatorio

PER IL PARTECIPANTE

Determina della CNFC del 18 gennaio 2011: il partecipante, in caso di invito diretto da parte dello sponsor, 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 _____



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

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

Tel. 06 90253023

Partita IVA e C.F. 05646001007