



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

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

Partita IVA e CF 05646001007

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO ECM**

**LA VACCINAZIONE DELL'ADULTO: UN PERCORSO MULTIDISCIPLINARE**

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** Via Fosse Ardeatine, 66 03100 Frosinone (FR)

c/o Ordine Provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Frosinone

**DATA: 18 DICEMBRE 2021**

**Codice ECM evento: 2202 – 335134**

*N.B.: AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM TUTTI I CAMPI SONO DA COMPILARE IN MANIERA OBBLIGATORIA, CHIARA E LEGGIBILE.*

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

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

**Indicare se:**

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

**Indicare Professione:**

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

**Indicare Disciplina:**

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

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

**Privacy**

I dati personali acquisiti con la presente scheda di adesione vengono trattati oltre che in forma cartacea, anche con sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità della registrazione. Tali dati potranno essere comunicati ai soggetti (professionisti e consulenti) incaricati dell'esecuzione delle prestazioni di assistenza e consulenza in materia fiscale o contabile e ai fini ECM (trasmissione dati personali alla Commissione ECM).

Esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali secondo quanto indicato nel Regolamento UE 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali - GDPR) per le finalità indicate.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Reclutamento diretto da parte dello sponsor (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 \_\_\_\_\_