

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

100 STRATEGIE TERAPEUTICHE PER IL DIABETE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Hotel Fly Decò Lungomare Paolo Toscanelli 52A 00122 Lido di Ostia RM

DATA: 21 MAGGIO 2022

Codice ECM evento: 2202 – 345813

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 _____