|  |
| --- |
| **Scheda di iscrizione evento ECM** **Breast Talent 5.0****Evento 414611 Ed. 1 - Id Provider 4795 – 18 giugno 2024** |

**(Compilare in stampatello. Tutti i campi sono obbligatori)**

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

**Recapito:**

|  |  |
| --- | --- |
| Via/Piazza: | n°: |
| CAP: | Comune: | Prov.: |
| Telefono: | E-mail: |
| Cellulare: | **Numero di iscrizione all’Albo**: |

**Indicare se:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Libero professionista  | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Dipendente | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Convenzionato |

**Professione ------ Specializzazione**

|  |
| --- |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Medico chirurgo |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifFarmacologia e Tossicologia Clinica | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifBiochimica Clinica | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Chirurgia plastica e ricostruttiva | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifChirurgia generale | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifOncologia  |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Radioterapia | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifPatologia Clinica(LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA) | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Ginecologia e Ostetricia | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Anatomia Patologica | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifRadiodiagnostica | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifCure Palliative  |

 **Privacy**

|  |
| --- |
| 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 Didactika S.r.l., nell'ambito del programma Educazione Continua in Medicina.  |
| Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Reclutamento diretta da parte dello sponsor:**

|  |
| --- |
| PER IL PARTECIPANTEDetermina 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 2011-2013 acquisibili mediante reclutamento diretto.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_