|  |
| --- |
| Scheda di iscrizione evento ECM  “IL SABATO DELL’ AAROI EMAC: RIANIMAZIONE”  Evento 427032 Ed. 1 - Id Provider 4795 – Roma 26 ottobre 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: | |

**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.gif Anestesia e Rianimazione |

**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 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 2011-2013 acquisibili mediante reclutamento diretto.

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