**Iscrizione partecipante (ECM)**

L’evento è accreditato ECM per tutte le professioni sanitarie

**ECM n. 6**

**Dati Generali**

Azienda/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\*\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I campi evidenziati da \* devono essere compilati obbligatoriamente

**Dati professione**

Sì, sono un professionista sanitario, e fornisco i miei dati obbligatori affinché la mia partecipazione possa essere valida anche ai fini ECM. Sono consapevole che l’acquisizione dei crediti ECM è comunque subordinata alla mia effettiva presenza in aula e alla compilazione del questionario ECM.

Nato a\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato il\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Professione sanitaria\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disciplina\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Libero professionista\* Dipendente\* Privo di occupazione\*

Email\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I campi evidenziali da \* devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM

Evento gratuito

L’organizzazione garantisce: kit convegno, coffee break, lunch, attestato con crediti ECM

**PRIVACY**: I dati forniti con la presente scheda, indispensabili per l’acquisto dei crediti ECM, saranno trattai dal Centro Trentino di solidarietà onlus ai sensi dell’attuale normativa in materia e saranno comunicati ad Age.Na.S. per la procedura di accreditamento.

□ Accetto □ Non accetto

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Scheda di iscrizione**

La presente scheda di iscrizione

da rinviare compilata e firmata

via fax al numero **0461-331107**

o via mail all’indirizzo:

**centrostudi@citiesse.org**