

SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTE

4° Congresso Internazionale: Chirurgia oncologica su pazienti fragili. Dalla diagnosi precoce al trattamento personalizzato: nuove prospettive terapeutiche dalla presa in carico al follow-up territoriale”

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Cell. _____ Tel./Fax _____

E-mail _____

LIBERO PROFESSIONISTA **DIPENDENTE** **CONVENZIONATO** **PRIVO DI OCCUPAZIONE**

Dichiaro di essere stato invitato a partecipare dallo sponsor:

SI _____
(se "SI" indicare nome sponsor)

NO

Si ricorda che il limite massimo di crediti formativi acquisibili mediante reclutamento diretto da parte di sponsor per ogni partecipante, è di 1/3 rispetto al totale dei crediti formativi acquisibili nel triennio di riferimento (2017 - 2019).

PROFESSIONE: MEDICO CHIRURGO

SPECIALISTA **SPECIALIZZANDO**

DISCIPLINA :

Altro _____

La scheda va compilata in ogni sua parte in stampatello, al fine di permettere, secondo la normativa vigente, il corretto inserimento negli elenchi da inviare ad Age.Na.S. e Co.Ge.A.P.S. per la formalizzazione dei crediti ECM. In caso di dati mancanti e/o incompleti l'iscrizione sarà annullata.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento UE GDPR 679/2016 – Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl e nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento UE GDPR 679/2016 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della registrazione presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute della Sua partecipazione all'evento e dell'acquisizione dei corrispettivi crediti. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE GDPR 679/2016, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl.

Firma _____

A.C.M.E. Srl

Piazza Cola di Rienzo, 69 00192 Roma

Tel. 06 8554149 Fax 06 85301311

www.acmezone.it

healthdivision@acmezone.it

