



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

Sede legale: Piazza G. Marconi, 25-00144 Roma

e-mail scuoladiformazione Lazio@gmail.com

Partita IVA e C.F. 05646001007

Scheda di iscrizione evento ECM

**LA GESTIONE INTERDISCIPLINARE DEI PAZIENTI CON CHERATOSI ATTINICA  
(DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA)**

**LUOGO DI SVOLGIMENTO: Via Fosse Ardeatine, 66 03100 Frosinone (FR)  
c/o Ordine Provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Frosinone**

**DATA: 2 marzo 2019**

**Codice ECM evento: 2202 – 247624**

Nome:					Cognome:															
Data di nascita:			Comune o Stato estero di nascita:																	
Codice Fiscale: campo obbligatorio																				

**Recapito: campo obbligatorio**

Via/Piazza:															n°:				
CAP:		Comune:												Prov.:					
Telefono:					Fax:														
Cellulare:					Email:														

**Indicare se: campo obbligatorio**

<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione
--	-------------------------------------	--	---

**Professione: campo obbligatorio**

<input type="checkbox"/> Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro _____
--	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

**Disciplina: campo obbligatorio**

<input type="checkbox"/> Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____
--	--------------------------------------	--------------------------------------

**campo obbligatorio**

Iscrizione Ordine di _____	Numero _____
----------------------------	--------------

**Privacy: campo obbligatorio**

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 Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio, nell'ambito del programma Educazione Continua in Medicina.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Reclutamento diretto da parte dello sponsor: campo obbligatorio**

<b>PER IL PARTECIPANTE</b>
Determina della CNFC del 18 gennaio 2011: il partecipante, <u>in caso di invito diretto da parte dello sponsor</u> , 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 \_\_\_\_\_