



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

PER IL PARTECIPANTE	
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 _____