FORMED
FORMAZIONE IN MEDICINA

E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua

agenas

E.C.M. *(EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)*

Scheda Rilevamento Dati

Titolo del programma: _____

Provider: FOR. MED. SRL ***Codice Provider: 4695***

Crediti ECM: ____ ***Codice ECM:*** _____

Sede: _____ ***Data:*** _____

DATI PERSONALI

Si prega di compilare il modulo in stampatello

DATI ANAGRAFICI (da trasmettere a Min. della Salute, Age.na.s e COGEAPS). **Tutti i dati sono obbligatori**. In mancanza di tali dati (ovvero che risultino illeggibili) non sarà possibile ricevere i crediti formativi.

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

La corretta compilazione del Codice Fiscale è indispensabile per l'assegnazione dei crediti ECM

COGNOME NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO PRIVATO _____

CAP - CITTA' _____

TEL. PRIVATO / FAX PRIVATO / CELL. _____

PEC / E-mail per invio attestato ECM _____

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA
ISTITUTO / ENTE _____

INDIRIZZO ISTITUTO / ENTE _____

CAP - CITTA' _____

TELEFONO / FAX _____

QUALIFICA PROF.LE POSSEDUTA _____

DISCIPLINA _____

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Privo di occupazione ☐

NOME ASSOCIAZIONE /
NUMERO ISCRIZIONE _____

SE RECLUTATO DALLO SPONSOR
INDICARE IL NOME DELLO SPONSOR _____

Dichiaro inoltre

di essere a conoscenza che i punti ECM sponsorizzati potranno concorrere per un massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisti nel triennio di riferimento 2017 - 2019 [CNFC del 18 gennaio 2011].

* Secondo la CNFC ECM il termine "reclutamento" è inteso come rapporto diretto tra uno sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via [CNFC del 18 gennaio 2011].

Le Informazioni verranno utilizzate esIcusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider, ai sensi dell'art. 23 del D. LGS N. 196/2003 a tutela della privacy.
Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Firma …….....