



Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

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

Tel. 06 90253023

Partita IVA e C.F. 05646001007

Scheda di iscrizione evento ECM

**Appropriatezza e continuità esistenziale in prevenzione cardiovascolare:
una scelta con il paziente al centro**

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Via Fosse Ardeatine, 100 03100 Frosinone (FR)
c/o Ordine Provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Frosinone

DATA: 19 OTTOBRE 2019

Codice ECM evento: 2202 – 266773

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"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Psicologo	<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, in caso di invito diretto da parte dello sponsor, 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 _____