



**Associazione Sinapsy**  
soluzioni e servizi integrati  
Provider ECM n.3017

MOD.SAP  
Rev 1  
Data: 24.03.23

ID EVENTO N. 389729 "IO MI SENTO E VI SENTO"  
La presa in carico multidisciplinare del bambino con ipoacusia da 0 a 3 anni  
Direttore scientifico: Prof. Luigi Maiolino, Dott.ssa Graziella Poli  
Sabato 9 settembre 2023  
Aula Magna Policlinico di Catania

# IO MI SENTO E VI SENTO

## LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEL BAMBINO CON IPOACUSIA DA 0 A 3 ANNI

NOME

---

COGNOME

---

DATA DI NASCITA GIORNO/MESE/ANNO

---

LUOGO DI NASCITA

PROV.

---

CODICE FISCALE

---

EMAIL  
per ricevere attestato ECM

---

TEL

---

CELL

---

No ECM

PROFESSIONE (barrare quella corrispondente):

- Medico  
 Logopedista  
 Tecnico audiometrista  
 Tecnico audioprotesista  
 Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

PER I MEDICI INDICARE DISCIPLINA PER CREDITI ECM  
(barrare quella corrispondente):

- Otorinolaringoiatria  
 Audiologia e Foniatria  
 Pediatria  
 Neuropsichiatria infantile

Tipologia di rapporto di lavoro (utile per il rilascio dell'attestato ECM):

- Dipendente (indicare Ente di appartenenza) \_\_\_\_\_  
 Convenzionato  
 Libero professionista  
 Privo di occupazione

Sono stato reclutato da uno sponsor?  
(Reclutamento = vantaggi economici  
e non da parte di uno sponsor per la partecipazione al corso)

NO     SI

(specificare nome sponsor e vantaggi ricevuti)

---

---

Se sì nella domanda precedente:  
sono consapevole che il professionista sanitario non può  
assolvere a più di un terzo del proprio obbligo formativo  
mediante reclutamento (massimo 50 su 150 crediti).

Ho superato tale quota?

NO     SI

Ai sensi del DL. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16, al trattamento dei dati personali con la sottoscrizione della presente DICHIARO di prestare il consenso per le necessità inerenti all'evento di cui informativa allegata.

Inoltre, autorizzo il trattamento dei dati per essere inserito in mailing list e ricevere materiale informativo su altri eventi ECM.

DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

  

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Inviare la scheda compilata a **associazionesinapsy@gmail.com**