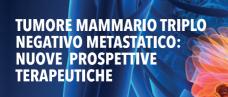


## SCHEDA D'ISCRIZIONE





Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale	
E - mail	
Tel.	
Professione (barrare quella corrispondente a	c ECM):
Medico	Farmacista
Oncologia,	pubblico ssn
chirurgia	d'altro settore
cure palliative	Psicologo
anatomia patologica	psicologia
diagnostica per immagini	psicoterapeuta
geriatria	<u>Bi</u> ologo
genetica medica	
radioterapia	No Ecm
chirurgia plastica	
medicina nucleare	_ <del>_</del>



(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 si 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?
$\square$ 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 Lei dichiara di prestare il consenso per le necessità inerenti all'evento di cu 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 scheda di iscrizione a associazionesinapsy@gmail.com

MOD.SAP - Rev 1 - Data: 24.03.23