

**Scheda di adesione**

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388 - mail: rossella@e20econvegni.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

☐ **MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN**☐ GASTROENTEROLOGIA☐ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE☐ CHIRURGIA GENERALE☐ MEDICINA GENERALE☐ MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E DI URGENZA☐ GERIATRIA☐ MEDICINA INTERNA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**Dati necessari per ECM**

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ INDIRIZZO AB. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

☐ dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver  
ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di  
appartenenza☐ dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di  
non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente  
di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) \_\_\_\_\_

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n.150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende  
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/2003

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_