

# LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI NELLE CURE PRIMARIE

Corato (BA)  
25 maggio 2019  
Nicotel Hotel

**Scheda di adesione**  
da inviare compilata in stampatello a:  
**e20convegni s.r.l.**  
fax 0883.954388  
mail: rossella@e20convegni.it

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

- MEDICO CHIRURGO specialista in**
- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Gastroenterologia</i> | <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i> | <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>                              | <input type="checkbox"/> <i>Geriatria</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale</i> | <input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza</i> |   |

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

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

## DATI NECESSARI PER ECM

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

C.A.P. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_