

**Scheda di adesione**

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388 - mail: staff@e20econvegni.it

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

 **MEDICO CHIRURGO specialista in** **INFERMIERE** ENDOCRINOLOGIA  GINECOLOGIA ED OSTETRICIA UROLOGIA  MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA MEDICINA INTERNA  MEDICINA GENERALE

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

Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_