

## Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388 - mail: cristina@e20econvegni.it

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

### MEDICO CHIRURGO specialista in

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                                  | <input type="checkbox"/> Geriatria                |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale                                  | <input type="checkbox"/> Medicina Interna         |
| <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia<br>d'Accettazione e d'Urgenza | <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale |
|   | <input type="checkbox"/> Chirurgia 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 2020-2022, 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 \_\_\_\_\_