

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e2Oeconvegni s.r.l.

segreteria@e2Oeconvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

☐ **MEDICO CHIRURGO** di area interdisciplinare

specificare specializzazione

☐ **INFERMIERE**

☐ **FISIOTERAPISTA**

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

TEL _____ FAX _____

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 2023-2025, 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 _____