

## Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

**e2Oconvegni s.r.l.**

segreteria@e2Oconvegni.it

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

**MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare** specificare specializzazione

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 \_\_\_\_\_