

TARANTO Pneumologica

24-25 Maggio 2024
Taranto - Hotel Delfino

COGNOME _____ NOME _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare
specificare specializzazione
_____ | <input type="checkbox"/> INFERMIERE |
| <input type="checkbox"/> PSICOLOGO | <input type="checkbox"/> TECNICO DI RADIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO | <input type="checkbox"/> TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO |
| | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA |

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

CITTÀ _____ PROV. _____ C.A.P. _____ TEL. _____

DATI NECESSARI PER ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____ CITTÀ _____

C.A.P. _____ EMAIL _____

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

- 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

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 _____