



SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTE EVENTO RESIDENZIALE
RIORDINO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E
SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Roma – Hotel Massimo D’Azeglio - 23 novembre 2018

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

LIBERO PROFESSIONISTA **DIPENDENTE** **CONVENZIONATO** **PRIVO DI OCCUPAZIONE**

SPECIALISTA **SPECIALIZZANDO**

PROFESSIONE: Ostetrica/o

DISCIPLINA: Ostetrica/o

NUM. ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASSOCIAZIONE _____ **PROV.** _____

RUOLO: Presidente Collegio Vicepresidente Collegio Segretario Collegio

Direttore CLO Coordinatore CLO

Altro: _____

La scheda va compilata in ogni sua parte al fine di permettere, secondo la normativa vigente, il corretto inserimento negli elenchi da inviare ad Age.Na.S. e Co.Ge.A.P.S. per la formalizzazione dei crediti ECM. In caso di dati mancanti e/o incompleti l'iscrizione sarà annullata. Si prega inviare la scheda compilata alla Segreteria Organizzativa via e-mail all'indirizzo veronica.siniscalchi@acmezone.it oppure mariaflavia.carta@acmezone.it o al numero di fax: 06/85301311

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. L.vo 196/2003 – Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl e nel rispetto di quanto stabilito dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della registrazione presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute della Sua partecipazione all'evento e dell'acquisizione dei corrispettivi crediti. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del D. L.vo n. 196/2003, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl

Data _____

Firma _____



Segreteria organizzativa e Provider n.312

A.C.M.E. Srl

Via Alessandria, 129 00198 Roma

Tel. 06 8554149 Fax 06 85301311

healthdivision@acmezone.it