**Corso di aggiornamento**

**MEDICINA E TERRITORIO-PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA PER PROMUOVERE SALUTE  
Montoro – 22 luglio 2022 – ore 9-14.30**

ECM-EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di iscrizione (**Compilare in stampatello)**

**COGNOME** ………………………………………………… NOME …………………………………………………………

**NATO IL** …………………….………. A……………………………………………………………………………….. ( )

**PROFESSIONE** **………………….……………………………………………….………………………………..**

**N .ISCRIZIONE ………………Ordine o Albo o Ass.Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_**

**DISCIPLINE**: ……………………………………………………………………………………………………..

ATTIVITA’: dipendente( ) libero professionista( ) convenzionato( ) privo di occupazione( )

CELL .………………….……………… TEL…………………..……………………..

EMAIL ……………………………………………….….… pec …………………………………………

**INDIRIZZO**: VIA/PIAZZA ……………………….…………………………………. N. ………..

CAP ……………. CITTA’……………………………………………………………. (…….)

CODICE FISCALE…………………………….……………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a chiede di essere iscritto/a al corso di aggiornamento che si svolgerà a **Montoro il 22.07.2022, ore 9-14.30.**

Ai sensi della determinazione della Commissione ECM del 18.1.2011 il sottoscritto dichiara:

**( ) 1- di NON essere stato invitato da alcuno sponsor**

( ) 2-di essere stato invitato dal seguente sponsor ………………………… e di aver accettato l’invito SI ( ) NO ( )

e di aver ottenuto la necessaria autorizzazione da parte dell’Azienda di lavoro.

Li, Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi della L.196/03 e successive modifiche autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità strettamente connesse al Corso e per gli adempimenti previsti dalle procedure formative. **X(SI**) (NO)

**Autorizzo, altresi, ad effettuare eventuale ripresa video e fotografica dell’evento X(SI) (NO)**

Mi impegno a rispettare ed eseguire tutte le procedure anticovid19 ordinate dall’organizzazione.

Li, Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B:. Il n. dei posti è limitato. Le iscrizioni saranno accettate nei limiti dei posti previsti e seguendo l’ordine cronologico delle richieste pervenute. I crediti formativi ECM (6,5) sono stati richiesti **per tutte le professioni sanitarie** e saranno assegnati ai partecipanti in diritto dopo la concessione da parte dell’organo di controllo.

Iscrizione gratuita SARA’ INVIATA RISPOSTA DI ACCETTAZIONE

**Inviare a: EMAIL:** [**sapmif@gmail.com**](mailto:sapmif@gmail.com) **Richiedo ECM SI NO**