

**E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)**

## Scheda Rilevamento Dati

**Titolo del programma:** CONGRESSO NAZIONALE SIUD

**Provider:** DEFOE

**Codice Provider:** 199

**Codice ECM:** 305956, 305963, 305968, 305971, 305974

**Sede:** www.siud.it

**Data:** 04/12/2020 – 06/12/2020

**DATI PERSONALI**

 Si prega di compilare il modulo in [stampatello](#)
**DATI ANAGRAFICI** (da trasmettere a Min. della Salute, Age.na.s e COGEAPS). **Tutti i dati sono obbligatori.** In mancanza di tali dati (ovvero che risultino illeggibili) non sarà possibile ricevere i crediti formativi.

**CODICE FISCALE**

 \_\_\_\_\_  
 La corretta compilazione del Codice Fiscale è indispensabile per l'assegnazione dei crediti ECM

**COGNOME NOME**

\_\_\_\_\_

**DATA E LUOGO DI NASCITA**

\_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PRIVATO**

\_\_\_\_\_

**CAP – CITTA'**

\_\_\_\_\_ --- \_\_\_\_\_

**TEL PRIVATO / FAX PRIVATO / CELL**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PEC / Email per invio attestato ECM**

\_\_\_\_\_

**ISTITUZIONE APPARTENENZA**
**ISTITUTO / ENTE**

\_\_\_\_\_

**INDIRIZZO ISTITUTO / ENTE**

\_\_\_\_\_

**CAP – CITTA'**

\_\_\_\_\_ --- \_\_\_\_\_

**TELEFONO / FAX**

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**QUALIFICA PROF.LE POSSEDUTA**

\_\_\_\_\_

**DISCIPLINA**
**INQUADRAMENTO PROFESSIONALE**

 LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO  PRIVO DI OCCUPAZIONE 
**NOME ASSOCIAZIONE /**
**NUMERO ISCRIZIONE**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SE RECLUTATO DALLO SPONSOR**
**INDICARE IL NOME DELLO SPONSOR**

\_\_\_\_\_

**Dichiaro inoltre**

Di essere a conoscenza che i punti ECM sponsorizzati potranno concorrere per un massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento 2017 – 2019 [CNFC del 18 gennaio 2011]

\* Secondo le CNFC ECM il termine "reclutamento" è inteso come rapporto diretto tra uno sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via [CNFC del 18 gennaio 2011]

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider, ai sensi dell'ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy.

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Firma .....