



DIAGNOSTICA ECOGRAFICA E PRENATALE
Aniello Di Meglio s.r.l.
Provider N° 5983



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO ECM

Rif. ECM: 5983-298279

TITOLO: Management della gravidanza gemellare

Corso ECM di formazione a distanza FAD in modalità di autoapprendimento senza tutoraggio didattico

Evento accreditato per le seguenti professioni sanitarie: GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; CHIRURGIA PEDIATRICA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); MEDICINA INTERNA; MEDICINA LEGALE; NEONATOLOGIA; ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA; PEDIATRIA; RADIODIAGNOSTICA; UROLOGIA;

Data inizio corso: 30/06/2020

Data fine corso: 30/06/2021

Ore formative: 13

Crediti: 13

NOME		COGNOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE		PROFESSIONE	
DISCIPLINA		N. DI ISCRIZIONE Ordine/Collegio/ASS. prof.li	
POSIZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE		
Ente/ASL di APPARTENENZA		Telefono	
Cellulare		Email	
Indirizzo Di RESIDENZA		Città Di RESIDENZA	
Cap - Provincia		DATA	
FIRMA	Il sottoscritto dichiara che le informazioni riportate nella presente scheda di iscrizione corrispondono al vero _____ <i>firma</i>		
DICHIARAZIONE DIRITTO AI CREDITI ECM	Il sottoscritto, sotto la personale responsabilità, dichiara che la propria disciplina è <input type="checkbox"/> CORRISPONDENTE <input type="checkbox"/> AFFINE <input type="checkbox"/> EQUIPOLLENTE/EQUIVALENTE Alla seguente disciplina per cui l'evento è stato accreditato all'Agenas: _____ _____ <i>firma</i>		

N.B: AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM TUTTI I CAMPI SONO DA COMPILARE IN MANIERA OBBLIGATORIA, CHIARA E LEGGIBILE

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ CONNESSE ALLA SUA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO E PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. L'INSERIMENTO CORRETTO DEI DATI È RESPONSABILITÀ DELL'ISCRITTO, NEL CASO DI DATI INSERITI IN MODO ERRATO E PERTANTO NON ACCETTATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE NON SARÀ POSSIBILE L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI ECM. SI INVITA A CONTROLLARE SOPRATTUTTO LA CORRETTEZZA DEL CODICE FISCALE. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L'INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALLA REGISTRAZIONE AL SITO DEL PROVIDER PROCEDURA INDISPENSABILE PER LA GENERAZIONE DEL REPORT DA INVIARE ALL'AGENAS, DÀ INOLTRE IL CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI RELATIVE A FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE DA PARTE DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEL PROVIDER.

Data _____

firma _____