



ASSOCIAZIONE I.D.E.A.

Sede Legale: P.tta delle Vergini 16, 90134 - PALERMO

Sede Operativa: Via San Lorenzo 291f, 90146 - PALERMO

P. IVA e Cod. Fiscale: 05209220820

Tel. 091 2512308 - Fax 091 2512308

e-mail: info@assoidea.org - assoidea@gmail.com

web: www.assoidea.org



SCHEDA ANAGRAFICA PARTECIPANTE EVENTO ECM

“MONITORAGGIO EMODINAMICO IN TERAPIA INTENSIVA” N. 254807

17 e 18 MAGGIO 2019 - CATANIA

Al fine del corretto inserimento in piattaforma e del conseguente rilascio dei crediti **i partecipanti devono:**

- compilare e firmare la presente scheda anagrafica, indicando, in modo leggibile, in **stampatello** i loro dati e specificando con una **X** la **disciplina** per le quali si richiedono i crediti;
- allegare alla presente scheda copia del documento di identità e del codice fiscale.

I dati indicati sono indispensabili per ottenere il riconoscimento dei crediti ECM erogati dal Ministero della Salute.

La mancata interpretazione dei dati può dar luogo all'impossibilità di accreditamento ministeriale.

NOME	
COGNOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO EMAIL	
INDIRIZZO PEC	
RECAPITO TELEFONICO	
N. Iscrizione all'ORDINE professionale	
Posizione Lavorativa	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero Professionista
	<input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione
PROFESSIONE	<input checked="" type="checkbox"/> Medico chirurgo

DISCIPLINA (Specificare barrando con una X il numero corrispondente):	3	Cardiologia
	29	Cardiochirurgia
	43	Anestesia e rianimazione



ASSOCIAZIONE I.D.E.A.

Sede Legale: P.tta delle Vergini 16, 90134 - PALERMO

Sede Operativa: Via San Lorenzo 291f, 90146 - PALERMO

P. IVA e Cod. Fiscale: 05209220820

Tel. 091 2512308 - **Fax** 091 2512308

e-mail: info@assoidea.org - assoidea@gmail.com

web: www.assoidea.org



N.B.

L'attestazione dei crediti per i partecipanti è subordinata alla "presenza documentata ad almeno il 90% della durata" dell'evento, (così come documentato dalle firme in entrata e in uscita apposte sulla scheda presenze), all'appartenenza alla professione e alla disciplina accreditate dall'evento e al superamento della prova finale.

*Per presa visione dei criteri di
assegnazione dei crediti*

Firma _____

I dati personali forniti saranno utilizzati per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di formazione continua in medicina e in conformità al Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR). I partecipanti possono esercitare i diritti di cui agli artt. da 13 a 22 del suddetto regolamento (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamenti dei dati, ecc.), fermo restando l'impossibilità di ricevere accreditamento ECM nel caso i dati forniti venissero meno.

Autorizzazione trattamento dati

Firma _____