|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI ECM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I dati richiesti sono obbligatori al fine del rilascio dei crediti ECM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCRIVERE IN STAMPATELLO E LEGGIBILETitolo e data del Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE ! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nome | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genere | M | | | F | | | | Codice Fiscale | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Professione | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Disciplina\* | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solo per le professioni ordinate: Iscritto all’Ordine/ Collegio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Provincia di (sigla): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Solo per la professione medica: specificare SE SPECIALIZZANDO (barrare con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |
| *Barrare con X*: | | |  | | | | | Dipendente | |  | | Convenzionato | | | | | | | | | | |  | | | Libero professionista | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Privo di occupazione | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Luogo di nascita | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | | | | |  | | | | | Data di nascita | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo: Via | | | | |  | | | | | | | | | | | N° | | |  | | | | | Comune | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | CAP | | | |  | | | | | | | Prov. | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Telefono casa | | | | | |  | | | | | | | | | | Cell. | | | |  | | | | | | | | | | | | | | E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Sede di attività: Azie**nda/Ambulatorio | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dipartimento | | | | | | |  | | | | | | | | | | Struttura | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il Provider Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Udine procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel ri­spetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

**Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l’impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed inviarLe l’attestazione di frequenza al corso.**

I dati da Lei forniti saranno custoditi OMCeO di Udine e trattati in modo cartaceo ed in­formatico, attraverso l’utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità pre­viste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Delibe­razione n. 2201 del 20/11/2014 della Regione Friuli Venezia Giulia (Approvazione Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e ECM). Saranno inoltre comunicati al Cogeaps per la banca dati nazionale.

**8. Consenso del partecipante al trattamento dei dati**

Io sottoscritto ……………………………………….. dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell’informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luogo** |  | **Data** |  | **Firma** |  |