

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: alessandra@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERALE | <input type="checkbox"/> ALLERGOLOGIA ED
IMMUNOLOGIA CLINICA | <input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE | <input type="checkbox"/> GERIATRIA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA | <input type="checkbox"/> MALATTIE DELL'APPARATO
RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE METABOLICHE
E DIABETOLOGIA | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA CLINICA | <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA | <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA | | <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGIA | <input type="checkbox"/> EMATOLOGIA |
| | | <input type="checkbox"/> ANESTESIA E RIANIMAZIONE | |

INFERMIERE

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ TEL. _____ FAX. _____

CITTÀ _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO AB. _____

_____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

CELL. _____ EMAIL _____

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver
ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di
appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di
non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente
di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n.150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/2003

DATA _____

FIRMA _____