|  |
| --- |
| 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** |  |