



**CENTRO MEDICO
Sant'Anna**

Tel e Fax.: 0832 654665
via Cavour, 4 73023 Lizzanello (LE)
P.IVA 04325650754



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



PROVIDER ECM n.80

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Titolo del Convegno.....

DATI PERSONALI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM:

NomeCognome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

IndirizzoCittàCAP

Telefono fissoMobile

E-mail

Professione.....

Specializzazione.....

Luogo di lavoro.....

Libero professionista **Dipendente** **Convenzionato** **Privo di occupazione**

Il partecipante è stato reclutato da uno sponsor? (si o no)

Nome eventuale sponsor.....

Si fa presente che la concessione dei crediti è subordinata alla presenza del 90% della durata del Progetto e alla verifica dell'apprendimento. (d.lgs.n.229 del 19 giugno 1999)

Consenso al trattamento dei dati personali: Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali (DL 30/06/2003, n. 196) per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per tutte le finalità ulteriormente collegate alla presente iniziativa.

DATA

FIRMA
