

Corso di aggiornamento
CONVIVERE CON IL TUMORE:
ALIMENTAZIONE, STILI DI VITA E PREVENZIONE TERZIARIA
Bologna – 26 settembre 2023 – ore 14.30-17.30

ECM-EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
Scheda di iscrizione (**Compilare in stampatello**)

COGNOME NOME

NATO IL A..... ()

PROFESSIONE

N .ISCRIZIONEOrdine o Albo o Ass.Professionale della Provincia di _____

DISCIPLINE:

ATTIVITÀ: dipendente() libero professionista() convenzionato() privo di occupazione()

CELL TEL.....

EMAIL pec

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA N.

CAP CITTA' (.....)

CODICE FISCALE.....

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto/a al corso di aggiornamento che si svolgerà a **Bologna il 26.09.2023, ore 14.30-17.30.**

Ai sensi della determinazione della Commissione ECM del 18.1.2011 il sottoscritto dichiara:

() 1- di **NON essere stato invitato da alcuno sponsor**

() 2-di essere stato invitato dal seguente sponsor e di aver accettato l'invito SI () NO ()
e di aver ottenuto la necessaria autorizzazione da parte dell'Azienda di lavoro.

Li, Firma _____

Ai sensi della L.196/03 e successive modifiche autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità strettamente connesse al Corso e per gli adempimenti previsti dalle procedure formative. **X(SI)** (NO)

Autorizzo, altresì, ad effettuare eventuale ripresa video e fotografica dell'evento X(SI) (NO)

Li, Firma _____

N.B.: Il n. dei posti è limitato. Le iscrizioni saranno accettate nei limiti dei posti previsti e seguendo l'ordine cronologico delle richieste pervenute. I crediti formativi ECM (3) sono stati richiesti **per le seguenti professioni: Medico Chirurgo, Farmacista, Biologo, Psicologo, Dietista, Infermiere, Infermiere Pediatrico**, e saranno assegnati ai partecipanti in diritto dopo la concessione da parte dell'organo di controllo.

Iscrizione gratuita SARA' INVIATA RISPOSTA DI ACCETTAZIONE

Inviare a: EMAIL: sapmif@gmail.com

Richiedo ECM SI NO