

"Quale futuro per la psichiatria in una società multiculturale?"

Nuove competenze e prospettive di cura"

Evento in Videoconferenza RES – 16,23,30 giugno e 7 luglio 2020

Rimborso del 70% per annullamenti entro il 28/02/2020. Nessun rimborso dopo tale data.

Scheda da compilare per l'acquisizione dei crediti E.C.M., inclusa dichiarazione di sponsorizzazione

N.B.: Si prega compilare tutti i campi in stampatello con scrittura chiara e leggibile al fine de non compromettere l'assegnazione dei crediti

Ruolo:

- Partecipante
 Relatore

Codice fiscale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Cognome..... Nome.....

Nato/a..... il

Attività professionale:

- Libero Professionista
 Dipendente
 Convenzionato

Professione:

Telefono.....Cellulare.....

Indirizzo di posta elettronica.....

Indirizzon.....

Città.....Cap.....Prov.....

Indirizzo Ente.....n.....

Città.....Cap.....Prov.....

Iscritto all'ordine/Collegio Professionale/Associazione Professionale.....

.....

Numero di iscrizione.....

Dichiara di partecipare al suddetto evento con

- Reclutamento diretto da parte dello Sponsor _____
- Iscrizione spontanea
- Di aver ottemperato alla vigente normativa sull'obbligo di comunicazione alla struttura sanitaria di appartenenza della mia partecipazione sponsorizzata all'evento

Trattamento dati personali

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675 del 31/12/96 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) e successivo D.Lgs. 196 del 30/06/2003, per gli adempimenti connessi all'evento ECM

Data _____ Firma _____