



E.C.M.
educazione continua in medicina Umbria



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

Centro di Formazione del Personale

Regione Umbria

SCHEDA ANAGRAFICA PARTECIPANTI

(*Compilare in stampatello maiuscolo*)

Evento 1885-84 n. 3 ECM 2015 LA DIMENSIONE PSICOLOGICA NELLE CURE - 10/10/2015

N.B.: Per l'acquisizione dei crediti ECM è indispensabile frequentare il 100% del monte ore totale dell'evento (4 ore)

Cognome _____ Nome _____

Nat a _____ il ____/____/____

Codice fiscale _____

Qualifica: (*barrare la qualifica professionale tra quelle riportate nella tabella seguente e riconosciute dal Ministero della Salute*)

Cod.	Qualifica	Cod.	Qualifica	Cod.	Qualifica
1	Medico chirurgo	11	Educatore professionale	21	Tecn. audioprotesista
2	Odontoiatra	12	Fisioterapista	22	Tecn.fisiopat.cardioc. e perf.cardiov.
3	Farmacista	13	Igienista dentale	23	Tecn.prevenzione amb. e luoghi lavoro
4	Veterinario	14	Infermiere	24	Tecn.riabil.psichiatrica
5	Psicologo	15	Infermiere pediatrico	25	Tecn.neurofisiopatologia
6	Biologo	16	Logopedista	26	Tecn.ortopedico
7	Chimico	17	Ortottista/Assist.ofthalmologia	27	Tecn.San.Radiologia Medica
8	Fisico	18	Ostetrica/o	28	Tecn.San.Laboratorio Biomedico
9	Assistente sanitario	19	Podologo	29	Terapista neuro e psicomotr.età evol.
10	Dietista	20	Tecn. audiometrista	30	Terapista occupazionale

Disciplina: (*solo per le Dirigenze Sanitarie*) _____

Iscritto all'Ordine/Collegio/Associazione professionale _____

della Provincia di _____ **al numero** _____

Altre qualifiche professionali (no ECM) _____

Ente di appartenenza _____

Reparto/Servizio _____

Telefono (lavoro) _____ **Cellulare** _____

e-mail (obbligatoria, per invio attestati ECM) _____

(*compilare in stampatello maiuscolo*)

Recapito postale: _____

CAP _____ **Località** _____ **Prov.** _____

DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE A CURA DI TUTTI I PARTECIPANTI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (*Informativa art. 13 D.Lgs. 30.06.2003, n. 196*)

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività formativa e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi. I dati potranno essere comunicati al Ministero della Salute e/o alla Commissione Regionale ECM dell'Umbria, ai fini ECM. **Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire l'iscrizione e la registrazione ai fini ECM.** Titolare del trattamento è il Centro di Formazione del Personale dell'Azienda Ospedaliera di Terni. Si ricorda che al firmatario sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento, all'indirizzo Via Tristano di Joannuccio 1 – Terni – tel. 0744 205494; fax. 0744 205488.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali: SI NO

(*barrare la voce che interessa*)

Data _____

Firma _____