

SCHEDA ISCRIZIONE (*scrivere in stampatello*)

L'APPROCCIO DOMICILIARE AL PAZIENTE FRAGILE

ID evento: 5503-266109 Ed.1

18 giugno 2019

Sede: **UNA HOTEL, Via Fabio Filzi 25 - 20124 Milano (MI)**

Cognome Nome
Nato/a
Il
Codice fiscale
E-Mail
Telefono
Professione (da individuare tra quelle indicate nell'allegata lista, come da dicitura del Ministero)
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> MEDICO: SPECIALIZZAZIONE IN _____
<input type="checkbox"/> ALTRA PROFESSIONE (dettagliare professione) _____
ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Numero Iscrizione _____ dal _____
DENOMINAZIONE ORDINE PROFESSIONALE _____
<input type="checkbox"/> ALTRO (senza rilascio crediti ecm)
Situazione occupazionale
<input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Dipendente
<input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Privo di occupazione

Allegare fotocopia documento d'identità e codice fiscale.

il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali.

Inoltre, il/la sottoscritto/a autorizza Enforma al trattamento dei dati personali e dichiara di essere informato/a ai sensi del D.lgs. nr.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

il/la sottoscritto/a è a conoscenza che la soglia di frequenza richiesta è del 100% delle ore previste e che l'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento, ove previsto.

Milano (MI) 18-06-2019

Firma dell'interessato/a _____