

Il Consenso Informato nel Soggetto Fragile: L' Anziano

Trani 29 settembre 2012

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia BT c/o Palazzo Caccetta

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883.954388

mail: info@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

MEDICO CHIRURGO (Area Interdisciplinare)

specialista in: _____

ODONTOIATRA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CELL. _____

E-MAIL _____

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all' Ente di appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all' obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2011-2013, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003.

DATA _____ FIRMA _____