

il rischio professionale medico

profili legislativi
e assicurativi

Trani, 29 Marzo 2014
Palazzo San Giorgio

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)

SPECIALIZZAZIONE _____

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

ODONTOIATRA

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

Inviato dall'Azienda (sponsor) _____

N.B.: Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2014-2016 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 _____