



# SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTE EVENTO RESIDENZIALE VACCINAZIONE ANTI-ROTA VIRUS: il ruolo strategico di diverse figure professionali nell'evoluzione dell'offerta vaccinale

Park Hotel Potenza, Potenza (PZ) 17 marzo 2018

## Dati anagrafici

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO  PRIVO DI OCCUPAZIONE

SPECIALISTA  SPECIALIZZANDO

**PROFESSIONE:**  Medico chirurgo in:

**DISCIPLINA:**  Igiene, epidemiologia e sanità pubblica  Neonatologia  
 Pediatria (pediatri ospedalieri)  Pediatria (pediatri di libera scelta)

**PROFESSIONE:**  Assistente sanitario  Infermiere pediatrico  Infermiere

**NUM. ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASSOCIAZIONE** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

La scheda va compilata in ogni sua parte al fine di permettere, secondo la normativa vigente, il corretto inserimento negli elenchi da inviare ad Age.Na.S. e Co.Ge.A.P.S. per la formalizzazione dei crediti ECM. In caso di dati mancanti e/o incompleti l'iscrizione sarà annullata.  
Si prega restituire la scheda compilata alla Segreteria Organizzativa via e-mail all'indirizzo [mariaflavia.carta@acmezone.it](mailto:mariaflavia.carta@acmezone.it) oppure o via fax al numero 06/85301311.

*Informativa ai sensi dell'art. 13 D. L.vo 196/2003 – Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl e nel rispetto di quanto stabilito dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della registrazione presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute della Sua partecipazione all'evento e dell'acquisizione dei corrispettivi crediti. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del D. L.vo n. 196/2003, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Segreteria organizzativa - Provider n. 312:  
A.C.M.E. Srl**

Via Alessandria, 129 00198 Roma  
Tel. 06 8554149 Fax 06 85301311

[www.acmezone.it](http://www.acmezone.it)

[healthdivision@acmezone.it](mailto:healthdivision@acmezone.it)

