



STATO MAGGIORE DIFESA
Ispettorato Generale della Sanità Militare

Formazione Residenziale ECM – SCHEDA iscrizione (SI)

Rev. 3.0 del 22/07/2016

**III GIORNATA DELL'INFERMIERISTICA MILITARE E DELLE FORZE DELLA POLIZIA.
SCENARI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI: IDENTITÀ DELLA PROFESSIONE E
PROFILI DI RESPONSABILITÀ**

**Roma 22 marzo 2019
CENTRO ALTI STUDI DIFESA (C.A.S.D.)
Piazzale della Rovere, 83 Roma**

PARTECIPANTE RELATORE MODERATORE

COGNOME _____ NOME _____ GRADO _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

RESIDENTE IN _____ N° _____ CAP _____ CITTA' _____

NATO/A _____ PROV _____ IL _____

RECAPITO TELEFONICO: FISSO _____ MOBILE _____

E-MAIL (PEC) _____ @ _____

L'evento è aperto alla seguente PROFESSIONE SANITARIA:

INFERMIERE

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE PRIVO DI OCCUPAZIONE CONVENZIONATO

ENTE DI APPARTENENZA _____

N° ISCRIZIONE ORDINE _____ PROV. _____

EI MM AM CC PS CIV CIV AMM. DIFESA CRI ALTRO _____

N.B.

La scheda va compilata in ogni sua parte al fine di permettere, secondo la normativa vigente, il corretto inserimento negli elenchi che verranno inviati ad Age.Na.S. e Co.Ge.A.P.S. ai fini del rilascio dei crediti ECM. In caso di dati mancanti e/o incompleti l'iscrizione sarà annullata. La scheda va inviata tramite e-mail a: commissioni@fnopi.it L'iscrizione sarà confermata via mail dalla segreteria organizzativa.

DATA _____

FIRMA _____

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 del Policlinico Militare "Celio" di Roma 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 del Policlinico Militare "Celio" di Roma.

DATA _____

FIRMA _____