***Corso ECM - RES 858-368257 ed.1***

***“LA CASA DI VETRO: SULLA FINE DELLA VITA, LE DAT E IL SUICIDIO ASSISTITO”***

***HOTEL LIDO DEGLI SCOGLI – 06/12/2022 - 06/12/2022***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME: | | | | | | | | NOME: | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE: |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| INDIRIZZO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE: | | | | | | | | PROV. | | | | | | CAP. | | | |  | | |
| RECAPITO TEL. / CELLULARE / FACEBOOK | | | | | | | | RECAPITO E-MAIL \* obbligatorio per l’invio dell’attestato ECM | | | | | | | | | | | | |
| **PROFESSIONE:** | | | | | | | | DISCIPLINA: | | | | | | | | | | | | |
| Fattura elettronica: | Codice Univoco: | | | | | | | *PEC:* | | | | | | | | | | | | |
| RAPPORTO DI LAVORO | | | | | | | | P.IVA: | | | | | | | | | | | | |
| □ Libero professionista □ Dipendente □ Convenzionato □ Privo di occupazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ruolo nell’evento: □ Partecipante □ Uditore □ Relatore | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obbligo della frequenza al 90% del corso: La firma in calce certifica la presenza per tutta la durata del corso del partecipante all’evento formativo. La firma in calce implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla seguente normativa: **INFORMATIVA PRIVACY** conformemente all’ex art. 13 del Codice Privacy (Dlgs. 196/2003, d'ora in poi “TU”) e/o informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679 applicabile dal 25 maggio 2018 in tutti i Paesi dell’UE: In ossequio alla predetta informativa il sottoscritto, rilascia il consenso al trattamento dati personali e professionali inseriti nel presente modello/form/documento d’iscrizione al corso ecm esclusivamente per le finalità all’iscrizione/partecipazione al corso di formazione/aggiornamento professionale erogato in modalità convegnistico congressuale fisico/on line e/o fad, organizzato dal titolare del trattamento dati E-com srl (cod. fisc. 02039060807 Provider 858 dell’Agenas - Min. Salute) conformemente al GDPR - Regolamento UE 2016/679 in vigore dal 25 maggio 2018. Il sottoscritto è reso edotto che può chiedere la cancellazione dei propri dati personali previa apposita revoca del consenso al trattamento dati e i titolari darne comunicazione al Garante in caso di violazione dei dati stessi, in seguito a furti o attacchi informatici. Autorizza altresì all’invio di comunicazioni mezzo e-mail, sms o altro mezzo di comunicazione attinenti eventi formativi della E-COM srl o altro suo partner. In caso di diniego, inviare e-mail a [ecm@e-comitaly.it](mailto:ecm@e-comitaly.it) ATTENZIONE ! In caso di mancato inserimento dei dati richiesti non si potrà procedere all’attribuzione dei crediti formativi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RILEVAZIONE FABBISOGNI FORMATIVI** | | | | | | | | | | | |
| **QUALI ARGOMENTI E DOCENTE DESIDERA SEGUIRE. SPECIFICARE TEMATICA E RELATORE.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **QUALI SONO LE METODOLOGIE DIDATTICHE CHE PREFERISCE?** | | | | | | | | | | | |
| **□ Lezione Magistrali** | **□ Esercitaz. pratiche** | | **□ Discussioni** | **□ Relazioni** | | | **□ Casi clinici** | **□ Dimostrazioni tecniche** | | | **□ Lavoro a piccoli gruppi** |
| **QUALI MODALITÀ DIDATTICHE RISPONDONO MEGLIO ALLE SUE ESIGENZE? E’ POSSIBILE SELEZIONARE PIÙ VOCI** | | | | | | | | | | | |
| **□ Lunedì – Giovedì** | | | **□ Venerdì** | **□ Sabato** | | | **□ Domenica** | **□ Sabato/Domenica** | | | |
| **QUALI SONO GLI ELEMENTI CHE RITIENE DETERMINANTI NELLA SCELTA DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE?** | | | | | | | | | | | | |
| **□ Affidabilità del soggetto organizzatore** | | | **□ Professionalità dei docenti** | **□ Durata Corso** | | **□ N° crediti** | | **□ Costo** | | **□ Vicinanza/accessibilità della sede** | | |
| **QUALE TIPOLOGIA DI FORMAZIONE ECM PREFERISCE?** | | | | | | | | | | | | |
| **□ Congressi** | | **□ Formazione a distanza (FAD)** | | | **□ Corso di aggiornamento e formazione** | | | | **□ Corsi pratici meno di 40 partecipanti** | | | |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_