

Vers.1.4

## Scheda di iscrizione CARDIONCOLOGY : FROM RESEARCH TO CLINICAL PRATICE

### Informativa a garanzia dell'assenza del "Conflitto di interessi"

Ogni professionista sanitario reclutato da sponsor - all'atto della partecipazione all'evento formativo ECM - deve consegnare al *provider* dell' evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile, unitamente ai propri dati anagrafici (codice fiscale, nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor). I professionisti privi di associazione professionale di riferimento o non iscritti, sono tenuti ad inviare copia dell'invito dello sponsor al Consorzio per la gestione dell'anagrafe delle professioni sanitarie (CO.GE.A.P.S.). **Si rammenta, altresì, al partecipante che il limite massimo dei crediti acquisibili mediante reclutamento diretto è di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento.**

### 1. Dati personali

*(si raccomanda di scrivere i dati in modo leggibile. Dati non corretti o non leggibili determinano la non attribuzione dei crediti ECM e in tal caso, il Provider declina ogni responsabilità in ordine alla mancata corresponsione dell'importo versato).*

Crediti ECM SI  NO

Cognome  Nome

M  F  Codice fiscale

Professione  Disciplina

Luogo di nascita  Prov.  Data di nascita

Indirizzo: Via  N°  Interno

Comune  Cap  Prov.

Telefono  E-mail

Numero d'iscrizione all'ordine, al collegio o all'associazione professionale di appartenenza

**N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento**

Dr. Immacolata Grimaldi, tel. 081-59 03 829, e-mail [i.grimaldi@istitutotumori.na.it](mailto:i.grimaldi@istitutotumori.na.it)

**2. Attività svolta presso** \_\_\_\_\_

S.C/S.S  Tel.

Qualifica (inquadramento aziendale es.: infermiere, borsista, dirigente medico, assistente amministr., ecc...)

- Libero professionista**  
I liberi professionisti invitati da sponsor, sono tenuti a fornire al *provider* la copia dell'invito dello sponsor per le rispettive registrazioni di competenza.
- Medici di Medicina Generale**  
Sono tenuti a comunicare all'azienda sanitaria locale di riferimento gli inviti degli sponsor e sono tenuti a consegnarne una copia al *provider* per le registrazioni di competenza.

**3. Corso prescelto**

Titolo

Data di svolgimento

**4. Dichiarazioni del Partecipante**

- Sono a conoscenza che il corso può prevedere anche una parte pratica.
- Sono a conoscenza che il corso può prevedere l'effettuazione di videoregistrazioni a scopo didattico.

**5. Firma del Partecipante**

Data  Firma

**Ufficio formazione/ Direzione Scientifica**  
Tel 081 5903 529/286

**6. Informativa sulla Privacy e consenso del Partecipante al trattamento dei dati**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che la Direzione Generale- Staff Formazione -dell' INT Fondazione "G. PASCALE" di Napoli, procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

**Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigere ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.**

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Ufficio Formazione -dell'INT Fondazione G.Pascale e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina).

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, informazioni sul trattamento dei suoi dati.

Il Titolare del trattamento è il Rappresentante Legale dell'INT Fondazione G.Pascale Via Mariano Semmola snc – 80131 Napoli.

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

**Luogo**

**Data**

**Firma**

**N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento**

Dr. Immacolata Grimaldi, tel. 081-59 03 829, e-mail [i.grimaldi@istitutotumori.na.it](mailto:i.grimaldi@istitutotumori.na.it)