 ISTITUTO NAZIONALE TUMORI IRCCS – Fondazione Pascale	Redatto da: <i>Responsabile Qualità</i>	MD02_AL03 Rev. 1.5 del 26-02-2021 pag. 1 di 3
	Verificato da: <i>Responsabile Formazione</i>	
	Approvato da: <i>Rappresentante Legale</i>	

Direzione Scientifica
 ufficioformazione@istitutotumori.na.it

MD02_AL03- SCHEDA DI ISCRIZIONE AD EVENTI FORMATIVI

Personale interno

Personale esterno

Titolo: “Tutela della Proprietà Intellettuale (IP) e dei Risultati della Ricerca” in data 16/12/2022

PROVIDER STANDARD id. 645

codice evento: n° 369986 ed. n.1 crediti n. 5

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.)

Cognome Nome

M F Codice fiscale

Professione

Numero di Matricola

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

Disciplina



Direzione Scientifica
ufficioformazione@istitutotumori.na.it

Luogo di nascita Prov. Data di nascita

Indirizzo: Via N° Interno

Comune Cap Prov.

Telefono E-mail

2. Sede di attività

S.C/S.S Tel.

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

3. Corso prescelto

Titolo

Data di svolgimento

4. Dichiarazioni dal 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

(solo per l'aggiornamento obbligatorio)

6. Autorizzazione del Responsabile della Struttura di appartenenza.

(Solo per gli infermieri, autorizzazione del Direttore del Dipartimento di appartenenza)

Data Firma

 ISTITUTO NAZIONALE TUMORI IRCCS – Fondazione Pascale	Redatto da: <i>Responsabile Qualità</i>	MD02_AL03 Rev. 1.5 del 26-02-2021 pag. 3 di 3
	Verificato da: <i>Responsabile Formazione</i>	
	Approvato da: <i>Rappresentante Legale</i>	

Direzione Scientifica
ufficioformazione@istitutotumori.na.it

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

La informiamo, ai sensi del regolamento (UE) 679/2016 e dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che l'Ufficio Formazione dell'INT IRCCS 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 del regolamento (UE) 679/2016, e 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

Segreteria Organizzativa : Elisabetta Gambardella

Email : elisabetta.gambardella@istitutotumori.na.it, [tel. 08117770122](tel:08117770122)