

Vers.1.4

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE  
(Riservato al Personale esterno)**

**TITOLO : "Controlli di Qualità in Radioterapia"**

**CODICE EVENTO: n° 645-308864 Ed. 1**

*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

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

Disciplina

Luogo di nascita  Prov.  Data di nascita

Indirizzo: Via  N°  Interno

Comune  Cap  Prov.

Telefono  E-mail

**RESPONSABILE SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

**Martina Samarelli** Tel. 081 5903 393 e-mail [m.samarelli@istitutotumori.na.it](mailto:m.samarelli@istitutotumori.na.it)

Tel. 081 59 03 531 e-mail: [ufficioformazione@istitutotumori.na.it](mailto:ufficioformazione@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**

I 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 rispettive registrazioni di competenza

**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

**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 l'Ufficio Formazione dell'INTFondazione "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**

RESPONSABILE SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

**Martina Samarelli** Tel. 081 5903 393 e-mail [m.samarelli@istitutotumori.na.it](mailto:m.samarelli@istitutotumori.na.it)