

Vers.1.4

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

TITOLO: "Se stai bene lavori bene...La sindrome corridoio"

CODICE EVENTO n° 645-304463

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

Tel. 081 59 03 531 e-mail: 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**