

PERSONALE INTERNO

PERSONALE ESTERNO

**Titolo**

**“ Sviluppo di nuovi trattamenti di immunoterapia: vaccini e CAR-T cells”**

**PROVIDER STANDARD ECM ID. 645**

**codice evento: 396541 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).*

<b>CREDITI ECM</b>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cognome	Nome		
Codice fiscale		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Professione			
Disciplina			
Numero di Matricola			
Numero d'iscrizione all'ordine, al collegio o associazione professionale			
Luogo di nascita	Prov.	Data di nascita	
Indirizzo			
Comune	Prov.	Cap.	
Telefono	E-mail:		

**2. Sede di attività**

Struttura di appartenenza	
Qualifica	
Contatti	

**3. Corso prescelto**

Titolo	
Data di svolgimento	

**4. Dichiarazioni dal Partecipante**

**N.B. Da restituire al Responsabile della Segreteria organizzativa: \_\_\_\_\_**

- 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.**

Data	Firma
------	-------

**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 inviargli 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
-------	------	-------