



ANAGRAFICA DELL'EVENTO

Corso:
Data/Periodo di svolgimento: dal al monte ore iniziativa:
Luogo:

ANAGRAFICA DEL PARTECIPANTE

Cognome: Nome:
Data di nascita: Luogo di nascita: Prov.
Sesso: M F
Codice fiscale (obbligatorio e leggibile) :
Indirizzo (per l'invio dell'attestato):
C.A.P. Città: Prov.
Recapito telefonico: Indirizzo e-mail:

DICHIARO

- Di non aver ricevuto alcuna sponsorizzazione ovvero di non esser stato reclutato da aziende private con interesse in ambito sanitario per partecipare all'evento.
- Di aver ricevuto una sponsorizzazione ovvero di essere stato reclutato da aziende private con interesse in ambito sanitario per la partecipazione all'evento da parte di (obbligatorio): (*)

CONDIZIONE LAVORATIVA

- Convenzionato (MMG, PLS, Medico di continuità ass.le, specialista convenzionato) Libero professionista
- Dipendente di un'altra struttura: Privo di occupazione

FAMIGLIA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA

<input type="checkbox"/> Assistente sanitario	<input type="checkbox"/> Ortottista/assistente di oftalmologia	<input type="checkbox"/> Terapista occupazionale
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Chimico	<input type="checkbox"/> Podologo	
<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Psicologo	◇ Medico di Medicina Generale
<input type="checkbox"/> Educatore professionale	<input type="checkbox"/> Tecnico audiometrista	◇ Pediatra di Libera Scelta
<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista	◇ Medico di Continuità Assistenziale
<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Tec. della fisiopat. cardiocirc. e perfusione cardiovasc.	◇ Medico Specialista Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Tec. della prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro	
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica	O Amministrativo
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico di neuro fisiopatologia	O Assistente Sociale
<input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico	<input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico	O Operatore Socio Sanitario
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica	O Tecnico
<input type="checkbox"/> Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario laboratorio biomedico	O Altro:
<input type="checkbox"/> Odontoiatra	<input type="checkbox"/> Terapista neuro e psicomotricità età evolutiva	



SE MEDICO CHIRURGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

<input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia
<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria
<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatria	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Oftalmologia
<input type="checkbox"/> Biochimica clinica	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia	<input type="checkbox"/> Organizzazione dei Serv. San. di base
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Med. del lavoro e sicurezza ambienti di lavoro	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Patologia clinica (lab. analisi)
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Med. e chirurgia di accettazione e di urgenza	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Pediatria (pediatri di libera scelta)
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica
<input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero	<input type="checkbox"/> Medicina termale	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica
<input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	
<input type="checkbox"/> Genetica medica	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Privo di specializzazione
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Neurologia	

SE FARMACISTA INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Farmacia ospedaliera
 Farmacia territoriale

SE PSICOLOGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Psicoterapia
 Psicologia

SE VETERINARIO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prodotti, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto alimenti di origine animale e derivati
 Sanità animale

(*) Si rammenta che il limite massimo di crediti ECM acquisibili tramite reclutamento diretto è di 1/3 di quelli riconducibili al triennio ECM di riferimento

Si rammenta che in caso di compilazione incompleta e/o non leggibile della scheda non sarà possibile la certificazione del conseguimento dei crediti ECM ed il rilascio dell'attestato di partecipazione.

Informativa & Consenso al trattamento dei dati personali: si informa che - ai sensi e per gli effetti di cui alla DLGSVO 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni - i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dall'U.O. Formazione AUSL di Parma in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile dell'U.O. Formazione Az.le AUSL di Parma - Sede.

**** * * * *

Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

IL PARTECIPANTE

.....