Iscrizione all’evento ECM

**C’era una volta… il diabete**

**Esperienze a confronto**

*Sala Conferenze “Caffio” - Piazza Santa Rita 5, Taranto*

***Evento NON***  **E.C.M.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Ente di appartenenza |  |
| Professione |  |
| Disciplina |  |
| Posizione in ambito professionale (Libero Professionista, Dipendente, Convenzionato, Privo di occupazione) |  |
| Reclutamento (è stato reclutato da uno sponsor?)SI o NO |  |
| Indirizzo di residenza, città, cap, provincia |  |
| Cellulare |  |
| E-mail |  |
| Ordine/Collegio/Associazione Professionale |  |
| Numero di Iscrizione all’ Ordine/Collegio/Ass. Prof.ale |  |
| Data di Iscrizione all’ Ordine/Collegio/ Ass. Prof.ale |  |

**Crediti ECM? ☐ SI X NO**

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di dare il consenso alla pubblicazione dei dati personali nell’applicazione ECM.

FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_