Scheda di Iscrizione al Corso ECM

***APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE PATOLOGIE OCULARI:***

***ASPETTI PRATICI***

15 Dicembre 2012

Sala Conferenze Italiana Hotels

Via Panebianco, 452 - Cosenza

**Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M.** (si prega di scrivere stampatello):

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fisc. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione Ordine N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Libero Professionista [ ] Dipendente [ ] Convenzionato [ ] Senza occupazione [ ]

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il corso, cod. ECM 46582, è accreditato per le seguenti professioni: **Medico Chirurgo** (tutte le discipline), **Ortottista/assistente di oftalmologia**, **Infermiere**, **Infermiere Pediatrico**, è rivolto ad un numero massimo di 100 partecipanti.

È necessario compilare la presente scheda, in stampatello leggibile, inviarla via fax allo **0984.830987** o via e-mail a**segreteria@jbprof.com**e contattare telefoni­camenteil Provider J&Ballo **0984.837852**,da lunedì a venerdì ore 9:00-13:00, per verificare se l’iscrizione rientra tra le prime 100 pervenute.

L’assegnazione dei crediti ECM è subordinata all’effettiva partecipazione all’intero programma formativo, alla verifica dell’apprendimento ed al rilevamento della presenza.

**Privacy**

In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati perla creazione di un archivio ai fini dell’invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all’art. 13 della legge (accesso,correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento. Qualora non desideri la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco. [ ]

Qualora non desideri ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

******