

DALLE PATOLOGIE LAVORO CORRELATE ALLA SICUREZZA

SCHEDA ISCRIZIONE

ID Evento 98365

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

La presente scheda di iscrizione può essere compilata direttamente dal proprio PC, ma deve essere comunque stampata e firmata. Se compilata a penna, si prega di scrivere in stampatello in modo leggibile.

La scheda di iscrizione, compilata sempre in ogni sua parte, può essere inviata a mezzo fax ai n. **090/8923014 - 090/8960435** oppure all'indirizzo e-mail: **ecm@conoscenzamedica.it**

DATI DEL PARTECIPANTE

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|--|---------------------|--|-----|--|--|
| NOME | | | | | COGNOME | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | DATA DI NASCITA / / | | | | |
| CITTÀ DI RESIDENZA | | | | | PROV. | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | N. | | CAP | | |
| TELEFONO / | | | CELL. / | | FAX / | | | | |
| E-MAIL | | | | | PEC | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | |
| PROFESSIONE | | | | | | | | | |
| DISCIPLINA/SPECIALIZZAZIONE | | | | | | | | | |
| N. ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASS. PROF.LI | | | | | PROV. | | | | |
| POSIZIONE IN AMBITO PROFESSIONALE (indicare la propria posizione professionale in ambito lavorativo) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) | | | | | | | | | |
| STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA DI APPARTENENZA: | | | | | | | | | |

DATI PER RICEVUTA/ATTESTAZIONE DI CHI EFFETTUA IL VERSAMENTO

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|-------|--|-----|--|--|
| RAGIONE SOCIALE | | | | | | | | | |
| CITTÀ | | | | | PROV. | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | N. | | CAP | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | |
| PARTITA IVA | | | | | | | | | |

COME È VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> E-MAIL | <input type="checkbox"/> SITI O FORUM DI SETTORE | <input type="checkbox"/> SOCIAL NETWORK |
| <input type="checkbox"/> MOTORE DI RICERCA | <input type="checkbox"/> SEGNALEGGIAZIONE COLLEGA | <input type="checkbox"/> UTENTE GIÀ ISCRITTO ALTRI CORSI |

DALLE PATOLOGIE LAVORO CORRELATE ALLA SICUREZZA

SCHEDA ISCRIZIONE

ID Evento 98365

CONDIZIONI GENERALI

1. Modalità di iscrizione e contatti

L'iscrizione viene considerata completa all'atto del ricevimento della documentazione sotto elencata, da inviare a mezzo fax ai numeri **090/8923014 - 090/8960435** oppure all'indirizzo e-mail: **ecm@conoscenzamedica.it**

- Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata per accettazione delle condizioni generali.
- Attestazione di avvenuto versamento del contributo per l'iscrizione all'evento formativo.

Per ulteriori informazioni può contattarci ai seguenti recapiti telefonici: **090/2400186 - 388/7793976**

2. Modalità di versamento del contributo

Il contributo di € 114,00 deve essere versato in unica soluzione mediante una delle seguenti modalità:

- **Bonifico bancario** a favore di:
CONOSCENZA MEDICA AC indicando il nominativo del partecipante ed il titolo o l'ID dell'evento formativo.
IBAN IT45J0200816511000103560718
UNICREDIT AGENZIA 21800 MESSINA GARIBALDI B
- **Assegno non trasferibile** intestato a **CONOSCENZA MEDICA AC** inviato tramite posta assicurata o consegnato direttamente in sede, previo appuntamento telefonico.
- **Contanti** consegnati direttamente in sede, previo appuntamento telefonico.

Il versamento del contributo per l'evento formativo in oggetto, da parte del partecipante o della persona giuridica pubblica o privata di appartenenza, comporterà l'acquisizione dello status di socio sostenitore per lo stesso partecipante ed eventualmente per la struttura di appartenenza, esentandoli dalla quota associativa annuale.

3. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento

Il Provider *Fininvest Congressi S.r.l.* per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:

- **annullare l'evento formativo prima del suo inizio**
- **rinvviare la data di inizio**

Di tali eventuali cambiamenti sarà data tempestiva comunicazione agli iscritti.

4. Rinunce

La rinuncia del partecipante all'evento formativo può essere esercitata in qualsiasi momento. La rinuncia non comporta alcun versamento di contributo. La rinuncia dovrà essere comunicata tramite fax, mail, raccomandata A/R.

5. Fruizione del corso

Per poter fruire del corso, sarà necessario registrarsi alla piattaforma E-Learning collegandosi al sito www.conoscenzamedica.it sezione **EVENTI** e cliccando sul link **"PIATTAFORMA E-LEARNING"** e poi **"REGISTRATI"**.

Le modalità di iscrizione ed utilizzo della piattaforma E-Learning sono consultabili allo stesso indirizzo.

6. Attestati

L'acquisizione dei **crediti ECM** è subordinata:

- Al superamento delle verifiche di apprendimento.
- Alla compilazione del questionario di **Customer satisfaction**.

L'attestato comprovante l'acquisizione dei crediti ECM potrà essere scaricato da ogni corsista al completamento del percorso formativo.

7. Tutela dei dati personali

I dati personali forniti all'atto dell'iscrizione all'evento formativo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di Educazione Continua in Medicina ed in conformità al D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii, secondo quanto definito nell'Informativa dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*.

Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 (*aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.*) inviando una richiesta scritta.

La sottoscrizione della presente scheda è anche strumentale alla domanda di ammissione a socio sostenitore dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*, a norma dello statuto.

Con la sottoscrizione della presente si dà il consenso a Conoscenza Medica AC, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate.

DATA

FIRMA DEL PARTECIPANTE

Timbro e firma di chi effettua il versamento
(se diverso dal partecipante)

IL BURNOUT IN AMBITO SANITARIO

SCHEDA ISCRIZIONE

ID Evento 119136

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

La presente scheda di iscrizione può essere compilata direttamente dal proprio PC, ma deve essere comunque stampata e firmata. Se compilata a penna, si prega di scrivere in stampatello in modo leggibile.

La scheda di iscrizione, compilata sempre in ogni sua parte, può essere inviata alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax ai n. **090/8923014** – **090/8960435** oppure all'indirizzo e-mail: **ecm@conoscenzamedica.it**

DATI DEL PARTECIPANTE

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-------|-----|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| NOME | | | | | COGNOME | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | DATA DI NASCITA / / | | | | |
| CITTÀ DI RESIDENZA | | | | | PROV. | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | N. | | CAP | | |
| TELEFONO | | / | CELL. | | / | FAX | | / | |
| E-MAIL | | | | | PEC | | | | |
| CODICE FISCALE | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] |
| PROFESSIONE | | | | | | | | | |
| DISCIPLINA/SPECIALIZZAZIONE | | | | | | | | | |
| N. ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASS. PROF.LI | | | | | PROV. | | | | |
| POSIZIONE IN AMBITO PROFESSIONALE (indicare la propria posizione professionale in ambito lavorativo) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) | | | | | | | | | |
| STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA DI APPARTENENZA: | | | | | | | | | |

DATI PER RICEVUTA/ATTESTAZIONE DI CHI EFFETTUA IL VERSAMENTO

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|
| RAGIONE SOCIALE | | | | | | | | | |
| CITTÀ | | | | | PROV. | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | N. | | CAP | | |
| CODICE FISCALE | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] |
| PARTITA IVA | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] |

COME È VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> E-MAIL | <input type="checkbox"/> SITI O FORUM DI SETTORE | <input type="checkbox"/> SOCIAL NETWORK |
| <input type="checkbox"/> MOTORE DI RICERCA | <input type="checkbox"/> SEGNALAZIONE COLLEGA | <input type="checkbox"/> UTENTE GIÀ ISCRITTO ALTRI CORSI |

IL BURNOUT IN AMBITO SANITARIO

SCHEDA ISCRIZIONE

ID Evento 119136

CONDIZIONI GENERALI

1. Modalità di iscrizione e contatti

L'iscrizione viene considerata completa all'atto del ricevimento da parte della Segreteria Organizzativa della documentazione sotto elencata, da inviare a mezzo fax ai numeri **090/8923014 - 090/8960435** oppure all'indirizzo e-mail: **ecm@conoscenzamedica.it**

- Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata per accettazione delle condizioni generali.
- Attestazione di avvenuto versamento del contributo per l'iscrizione all'evento formativo.

Per ulteriori informazioni può contattarci ai seguenti recapiti telefonici: **090/2400186 - 388/7793976**

2. Modalità di versamento del contributo

Il contributo di € 150,00 deve essere versato in unica soluzione mediante una delle seguenti modalità:

- **Bonifico bancario** a favore di:
CONOSCENZA MEDICA AC indicando il nominativo del partecipante ed il titolo o l'ID dell'evento formativo.
IBAN IT45J0200816511000103560718
UNICREDIT AGENZIA 21800 MESSINA GARIBALDI B
- **Assegno non trasferibile** intestato alla **CONOSCENZA MEDICA AC** inviato tramite posta assicurata o consegnato direttamente alla Segreteria Organizzativa, previo appuntamento telefonico.
- **Contanti** consegnati direttamente alla Segreteria Organizzativa, previo appuntamento telefonico.

Il versamento del contributo per l'evento formativo in oggetto, da parte del partecipante o della persona giuridica pubblica o privata di appartenenza, comporterà l'acquisizione dello status di socio sostenitore per lo stesso partecipante ed eventualmente per la struttura di appartenenza, esentandoli dalla quota associativa annuale.

3. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento

Il Provider *Fininvest Congressi S.r.l.* per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:

- **annullare l'evento formativo prima del suo inizio**
- **rinvviare la data di inizio**

Di tali eventuali cambiamenti la Segreteria Organizzativa darà tempestiva comunicazione agli iscritti.

4. Rinunce

La rinuncia del partecipante all'evento formativo può essere esercitata in qualsiasi momento. La rinuncia non comporta alcun versamento di contributo.

La rinuncia dovrà essere comunicata tramite fax, mail, raccomandata A/R.

5. Fruizione del corso

Per poter fruire del corso, sarà necessario registrarsi alla piattaforma E-Learning collegandosi al sito www.conoscenzamedica.it sezione **EVENTI** e cliccando sul link **"PIATTAFORMA E-LEARNING"** e poi **"REGISTRATI"**.

Le modalità di iscrizione ed utilizzo della piattaforma E-Learning sono consultabili allo stesso indirizzo.

6. Attestati

L'acquisizione dei **crediti ECM** è subordinata:

- Al superamento delle verifiche di apprendimento.
- Alla compilazione del questionario di **Customer satisfaction**.

L'attestato comprovante l'acquisizione dei crediti ECM potrà essere scaricato da ogni corsista al completamento del percorso formativo.

7. Tutela dei dati personali

I dati personali forniti all'atto dell'iscrizione all'evento formativo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di Educazione Continua in Medicina ed in conformità al D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii, secondo quanto definito nell'Informativa dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*.

Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 (*aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.*) inviando una richiesta scritta.

La sottoscrizione della presente scheda è anche strumentale alla domanda di ammissione a socio sostenitore dell'*Associazione Culturale Conoscenza Medica*, a norma dello statuto.

Con la sottoscrizione della presente si dà il **consenso alla Segreteria Organizzativa, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate.**

DATA

FIRMA DEL PARTECIPANTE

Timbro e firma di chi effettua il versamento
(se diverso dal partecipante)