

**EVENTO ECM 5371-197780**

FourSPA Resort Hotel  
Via Nazionale SS 114 Km 91/VII  
95021 Aci Castello (CT)

**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



## **CORSO BLS-D: TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE CON L'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE**

Si prega di compilare il modulo usando una penna blu o nera, in modo leggibile, in stampatello. La mancata interpretazione dei dati può dar luogo all'impossibilità di accreditamento ministeriale.

Per info ed iscrizioni contattare il Provider ai seguenti recapiti: 3887793976 - ecm@conoscenzamedica.it

**Costo 170€ - Crediti 11 - Numero partecipanti 50**

**Rivolto a tutti i professionisti della sanità**

I dati indicati sono indispensabili al fine di poter ottenere il riconoscimento dei crediti ECM erogati dal Ministero della Salute.

<b>DATI PERSONALI</b>			
<b>Codice fiscale</b>			
<b>Cognome</b>			
<b>Nome</b>			
<b>Data di nascita (gg/mm/aaaa)</b>			
<b>Comune di nascita</b>		<b>PR</b>	
<b>Comune di residenza</b>		<b>PR</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b>		<b>CAP</b>	
<b>Telefono</b>		<b>Cellulare</b>	
<b>Indirizzo email</b>			
<b>Indirizzo posta certificata (PEC)</b>			
<b>Professione</b>			
<b>Specializzazione</b>			
<b>N. iscrizione Ordine/Albo/Associazione/Collegio</b>			
<b>Posizione lavorativa</b>	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	
	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione	
<b>Struttura pubblica o privata di appartenenza</b>			

I dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di formazione continua in medicina e in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". I partecipanti possono, 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.) fermo restando l'impossibilità di ricevere accreditamento ECM nel caso i dati forniti venissero meno.

La sottoscrizione della presente 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 espressamente a codesta Organizzazione, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate e per l'invio di comunicazioni di altri eventi formativi inerenti propria disciplina.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Firma \_\_\_\_\_