

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Società Medica *Lazzaro Spallanzani*
Via Dalmazia, 101 - 42124 Reggio Emilia

Revisione 00
Del APRILE 2012

Da inviarsi alla Società Medica Lazzaro Spallanzani di R.E. tramite fax (0522/382118), via e-mail all'indirizzo:
spallanzani@odmeo.re.it; per posta: Via Dalmazia, 101 - 42124 RE

Informazioni: La Segreteria invierà sempre conferma di iscrizione al ricevimento della scheda.

Si raccomanda di avvisare per tempo la Segreteria in caso di impossibilità a partecipare, ricordando che, nei criteri di qualità dichiarati ad Agenas dal Provider, la defezione rispetto agli Iscritti non deve superare il 10% e, per effetto dell'Accordo Stato/Regioni del 19/4/12, il mancato raggiungimento di questo requisito rischia di invalidare l'evento.

In mancanza di congruo preavviso, sarà preclusa la partecipazione ai successivi due eventi organizzati.

Come da su ricordato Accordo S/R, ogni professionista sanitario, all'atto della partecipazione ad un evento tramite arruolamento da parte di uno sponsor, deve consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici (C.F. nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor).

Si prega di prendere visione del Regolamento per i discenti.

Titolo evento: _____

Data: _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

e-mail _____

PEC _____

Dati professionali

NOTA: la frequenza ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale e a Scuole di Specialità attivate presso le facoltà mediche universitarie esonerano dall'obbligo dell'acquisizione dei crediti ECM per il periodo e non possono essere recuperati.

Professione:

<input type="checkbox"/> Medico	I MEDICI devono specificare una (o più) Specialità/Disciplina (vedi elenco discipline)	Specificare Specialità..... altrimenti selezionare <input type="checkbox"/> privo di specializzazione
---------------------------------	---	---

☐ Odontoiatra

☐ Altro (specificare) _____

Disciplina (elenco AGENAS) (specificare) _____

Partecipazione a titolo di: (barrare una sola casella):	<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione
	<input type="checkbox"/> Uditore no ECM (specificare):			
	<input type="checkbox"/> Corsista Corso di Formazione Specifica in MG			
	<input type="checkbox"/> Specializzando in Anno immatric.			

Per Professionisti non iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia

Indirizzo (via, civico, località) _____

CAP _____ Provincia _____ Iscrizione n. _____ presso Ordine/Coll./Ass.ne _____ di _____

Informativa: ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003, informiamo che i dati saranno inseriti in banca dati elettronica e trattati sia con modalità informatiche che cartacee dagli incaricati del settore amministrativo. I dati non saranno in nessun caso comunicati a terzi o diffusi e verranno utilizzati solo per dar corso alla presente iniziativa ed adempimenti connessi. Ai sensi degli artt. 7-8-9 del medesimo D.lgs 196/2003 a cui si rimanda per completezza, informiamo inoltre che in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, potrà essere richiesta la modifica o la cancellazione dei dati e sarà possibile opporsi a qualsiasi loro utilizzo, inviando un'e-mail o fax ai Titolari nonché Responsabili del trattamento, Società Medica Lazzaro Spallanzani di Reggio Emilia, Via Dalmazia 101-42124 Reggio Emilia-Tel. 0522/382100 - Fax 0522/382118 - e-mail spallanzani@odmeo.re.it

Acquisite le informazioni esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità consentite dal D.lgs 196/03.

data _____

Firma _____