**Inviare al fax 0444 515824 o alla mail:** **studiosaccardo@alice.it**

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**(per accreditamento ECM)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoria di appartenenza |  |  | **Professione** | **Disciplina** |
|  |  |  | **Medico Chirurgo** (Diabetologia, Endocrinologia, Geriatria,Medicina generale (medici di famiglia), Medicina interna, Neuropsichiatria infantile, Pediatria, Psichiatria) |  |
|  |  |  | **Educatore professionale** |  |
|  |  |  | **Dietista** |  |
|  |  |  | **infermiere** |  |
|  |  |  | **Infermiere pediatrico** |  |
|  |  |  | **Psicologo** |  |
|  |  |  | **Tecnico riabilitazione psichiatrica** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODICE FISCALE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nato/a a  |  | prov |  | il |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome**  |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Cap** |  | **Città** |  | **prov** |  |
| **Cell.** |  | **Tel**. |  |
| **E-mail** (obbligatorio per la conferma dell’iscrizione) |  |
| **Ente appartenenza** |  |
| **Collegio/Ordine e provincia** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data |  |

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) Il titolare e responsabile del trattamento è: Effe Emme sas,

Viale Trieste, 29 - 36100 Vicenza. Ai sensi dell’art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Lei ha il diritto all’accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi al titolare o al

responsabile del trattamento dei suoi dati.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_