



ECM Provider istituzionale n. 1832 – Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/i CNAI

Titolo dell' evento: **TEMPO DI LAVORO, TEMPO DI VITA** Evento n. 281297

17 dicembre 2019

Auditorium "Valentino Vailati" Via Arcivescovado, Manfredonia -FG-

SCHEMA DATI DEL PARTECIPANTE

Progressivo n.

Cognome Nome

Data e luogo di nascita / /,

Codice Fiscale / / / / /

Indirizzo n°

CAP Città Prov.

Tel. E-mail

Professione del partecipante (*)

Disciplina del partecipante (***)

Collegio Provinciale di N. Posizione

Indicare con una "X" se il partecipante è un libero professionista o un dipendente:

L. Libero professionista - **D.** Dipendente - **C.** Convenzionato - **P.** Privo di occupazione

(*) E' possibile inserire più professioni per lo stesso partecipante - (***) E' possibile inserire più discipline per lo stesso partecipante

NOTE IMPORTANTI PER I PARTECIPANTI

Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti all'evento formativo, ogni partecipante deve obbligatoriamente:

- frequentare il 100% dell'impegno orario previsto;
- compilare IN STAMPATELLO la Scheda dei dati anagrafici e personali del partecipante in ogni suo campo;
- compilare il Questionario di verifica dell'apprendimento,
- compilare la Scheda di valutazione dell'evento;
- riconsegnare **tutta** la documentazione ECM al termine dell'evento contestualmente alla firma di uscita.

Al termine della giornata verrà rilasciato l'attestato di partecipazione, mentre l'attestato riportante i crediti formativi conseguiti sarà inviato direttamente al domicilio del partecipante, dopo verifica della frequenza e della consegna del questionario di apprendimento e della scheda di valutazione dell'evento.

INFORMATIVA PRIVACY

Al sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 198/03 si informa che i dati contenuti nel presente modello sono richiesti per l'iscrizione all'evento di cui sopra, per preparare l'elenco dei partecipanti e spedire i dati al Ministero della Salute in relazione all'accreditamento ECM. Il mancato o errato conferimento dei dati o delle informazioni di cui sopra non consentirà l'iscrizione al corso. I dati saranno trattati manualmente o elettronicamente. Potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.LGS. 198/03. Informativa e diritti dell'interessato sono pubblicati in forma completa sul sito del provider.

.....
FIRMA PER ACCETTAZIONE (leggibile e obbligatoria) DEL PARTECIPANTE

LA SUA PARTECIPAZIONE A QUESTO CORSO E' SPONSORIZZATA? Si NO

Se SI indichi l' Azienda / Ente Sponsor _____