

**E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)**  
**Scheda dati partecipanti da compilare e riconsegnare alla Segreteria Tecnica ECM**  
**Obbligatoria ai fini dell'attribuzione dei Crediti ECM per i Corsi frequentati**

**DATI PERSONALI**

(DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

**COGNOME E NOME**

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO

\_\_\_\_\_

CAP - CITTA'

\_\_\_\_\_

**E-MAIL**

\_\_\_\_\_

TEL. / CELL. / FAX

\_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_

ANNO LAUREA

\_\_\_\_\_

**SPECIALIZZAZIONE**

\_\_\_\_\_

ANNO SPECIALIZZAZIONE

\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

\_\_\_\_\_

*DISCIPLINA (SOLO PER MEDICI)*

\_\_\_\_\_

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI

\_\_\_\_\_

**ISTITUZIONE DI APPARTENENZA**

\_\_\_\_\_

CAP - CITTA'

\_\_\_\_\_

**RUOLO** [Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario; ...]

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO

\_\_\_\_\_

TEL. / FAX

\_\_\_\_\_

**Professioni:**

MEDICO

SPECIALIZZANDO

ALTRO

\_\_\_\_\_

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L 675/1996 a tutela della privacy.  
*Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.*

Firma .....