

CODICE CORSO:

EVENTO

Titolo dell'evento:

Sede dell'evento: Aula:

Data/e o periodo di svolgimento: dalle ore: alle ore:

ANAGRAFICA DEL PARTECIPANTE

Cognome: Nome:

Data di nascita: Luogo di nascita: Prov.

Sesso: M F **Codice fiscale (obbligatorio e leggibile):**

Recapito telefonico: **E-mail obbligatoria (individuale non cumulativa):**

CONDIZIONE LAVORATIVA

Convenzionato (MMG, PLS, Medico di continuità ass.le, specialista convenzionato) Libero professionista

Dipendente di un'altra struttura: Privo di occupazione

Obbligatorio indicare la famiglia professionale di appartenenza

FAMIGLIA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA

<input type="checkbox"/> Assistente sanitario	<input type="checkbox"/> Ortottista/assistente di oftalmologia	<input type="checkbox"/> Terapista occupazionale
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Chimico	<input type="checkbox"/> Podologo	
<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Psicologo	◊ Medico di Medicina Generale
<input type="checkbox"/> Educatore profess.	<input type="checkbox"/> Tecnico audiometrista	◊ Pediatra di Libera Scelta
<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista	◊ Medico di Continuità Assistenziale
<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Tec. fisiopat. cardiocirc. e perfusione cardiovasc.	◊ Medico Specialista Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Tec. prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro	
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica	<input type="radio"/> Amministrativo
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico di neuro fisiopatologia	<input type="radio"/> Assistente Sociale
<input type="checkbox"/> Infermiere pediat.	<input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico	<input type="radio"/> Operatore Socio Sanitario
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica	<input type="radio"/> Tecnico
<input type="checkbox"/> Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario laboratorio biomedico	<input type="radio"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Odontoiatra	<input type="checkbox"/> Terapista neuro e psicomotricità età evolutiva

SE MEDICO CHIRURGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

<input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia
<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria
<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatria	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Oftalmologia
<input type="checkbox"/> Biochimica clinica	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia	<input type="checkbox"/> Organizz. dei Serv. San. di base
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Med. del lavoro e sicurezza amb. di lavoro	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Patologia clinica (lab. analisi)
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Med. e chirurg. accettazione e urgenza	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Pediatria (pediatri di libera scelta)
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentaz. e dietetica
<input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Dir. medica di presidio ospedaliero	<input type="checkbox"/> Medicina termale	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia
<input type="checkbox"/> Genetica medica	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Privo di specializzazione
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Neurologia	

SE FARMACISTA INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Farmacia ospedaliera
 Farmacia territoriale

SE PSICOLOGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Psicoterapia
 Psicologia

SE VETERINARIO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prodotti, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto alimenti di origine animale e derivati
 Sanità animale

Si rammenta che in caso di compilazione incompleta o non leggibilità della scheda non sarà possibile la certificazione del conseguimento dei crediti ECM o attestato di partecipazione.

Informativa & Consenso al trattamento dei dati personali: si informa che - ai sensi e per gli effetti di cui alla DLGSVO 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni - i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi a Struttura Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane delle Aziende Sanitarie di Parma.

**** * * * *

Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

IL PARTECIPANTE

.....