

PTV	ISCRIZIONE	ECM_MOD-ISCR rev.10 del 06/07/2020 Pag. 1 di 1
U.O.: CENTRO ECM		

Titolo del corso _____
Sede _____
Data _____

*I campi marcati come "obbligatori" vanno necessariamente compilati
altrimenti i crediti formativi non saranno attribuiti*

Nome (obbligatorio) _____ Cognome (obbligatorio) _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Luogo di nascita (obbligatorio) _____ Data di nascita Giorno/Mese/Anno (obbligatorio) _____

Recapito telefonico (obbligatorio) _____ Numero di cellulare (facoltativo) _____ E-mail (obbligatorio) _____

Indirizzo postale e/o email per *spedizione attestati* (obbligatorio per **personale esterno**) _____

Ruolo/Tipo di crediti (obbligatorio) _____
 _____ (P = partecipante, D = docente, T = tutor, R = relatore)
 Professione (obbligatorio) _____ Disciplina (obbligatorio) _____

Libero professionista/Dipendente _____
 _____ (L = libero professionista, D = dipendente, C = convenzionato, P = privo di occupazione)
 Reclutamento diretto (obbligatorio) = indicare se si è stati reclutati direttamente dallo sponsor
 si no

Tutte le informazioni richieste dal presente modulo debbono essere compilate in modo leggibile (stampatello) poiché è obbligatorio comunicarle all'Agenas ai fini del rilascio dei crediti ECM. Se i dati sono illeggibili o mancanti, i crediti non saranno attribuiti.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla vigente disciplina in materia di privacy, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, come da informativa allegata.

Barrare con una crocetta

Firma

Personale interno PTV **Personale esterno PTV** _____

BONIFICO BANCARIO: UNICREDIT Banca di Roma, Viale Oxford 81 00133 Roma
BENEFICIARIO: FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA
CODICE IBAN: IT0210200805157000401108394 **CAUSALE:** indicare titolo del corso e nominativo partecipante