

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ n° ____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Professione _____

Specializzaz./Disciplina (solo per medici)

Ordine Professionale Collegio professionale Associazione professionale riconosciuta CO.GE.APS

Nome Organizzazione _____

Provincia _____ Regione _____

N° iscrizione _____

Libero professionista: Sì No Convenzionato: Sì No Dipendente: Sì No

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Consapevole dei risvolti di legge per chi rilasci dichiarazioni mendaci, il sottoscritto accetta le condizioni previste ed attesta che:

Non è stato invitato a partecipare all'evento da nessuna Azienda Farmaceutica e da nessuna Azienda produttrice di dispositivi

medici (a spese dell'azienda od altro)

É stato invitato a partecipare all'evento, a spese dell'azienda farmaceutica/produttrice dispositivi medici;

P.S.: informazioni espressamente richieste dal Ministero della Salute AGENAS per l'attribuzione dei crediti ai partecipanti.

Con la firma in calce si attesta quanto sopra e si autorizza l'AID

-al trattamento dei dati per tale esclusivo impiego ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/ 03

-alla spedizione, a mezzo e-mail, di fattura, esito verifica apprendimento, certificazione crediti e materiale informativo

Data _____ Firma per esteso _____

DESTINATARI ECM: Medici specialisti in Neuropsichiatria Infantile, Pediatria e Psichiatria, Psicologi, Logopedisti, Educatori Professionali, Psicomotricisti dell'età evolutiva.