**SCHEDA ISCRIZIONE CORSO:**

Titolo del Programma Formativo **“Aggiornamento 2023 in Medicina, attualità ed innovazione”**

N° registrazione Evento ECM: **5152-** **373171**

Sede e data valutazione **Centro Medico Life – Via G. Cerulli, 15 - San Severo (FG),**

Nome del Provider: **EcMed srls N° 5152 - Partner Life srl**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | | Nome | | |
| Nato/a il | | | A | | Prov |
| CF | | | Residente a | | |
| Via | | N | Prov | CAP | |
| Tel/cell | | | email | | |
| qualifica | | | spec. | | |
| □ libero professionista | □ dipendente | | □ convenzionato | □ privo di occupazione | |
| UTENTE RECLUTATO | □ si □ no | | SE SI INSERIRE NOME AZIENDA |  | |

**SI RACCOMANDA DI COMPILARE IN OGNI SUA PARTE E LEGGIBILE IL PRESENTE MODULO**

Il/la sottoscritto/a autocertifica ai sensi e per gli effetti dell’art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n.326 di essere in possesso del titolo professionale dichiarato per l’acquisizione dei crediti ECM ed inoltre dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell’art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai fini ECM, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03 art. 7 e 13.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZO la pubblicazione delle proprie immagini riprese da ECMED s.r.l.s. per uso didattico e promozionale. Ne vieto altresì l’uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_