

PTV Prestazioni Tecniche Valutative	<b>ISCRIZIONE</b>	ECM_MOD-ISCR rev.10 del 06/07/2020 <b>Pag. 1 di 1</b>
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
--------------------------

☐

--