



Scheda di iscrizione Corso di formazione FAD “GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO”

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nome e Cognome: _____

Data di nascita _____ Città _____

Codice fiscale _____

Professione _____

Specializzazione _____

E-mail _____

Cellulare _____

*Il sottoscritto _____ in qualità di partecipante all'evento ECM **ID 7885**, denominato “**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**” dichiara di essere stato reclutato

si (indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)

no

Ai sensi dell'art.80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

ELENCO SETTORIALE DELLE PROFESSIONI E DISCIPLINE A CUI L'EVENTO È RIVOLTO:

Medico chirurgo

Biologo

Psicologo

Fisioterapista

Infermiere

Tecnico sanitario laboratorio biomedico

Tecnico sanitario di radiologia medica

Altro (non ECM)