

   <p>UNI EN ISO 9001:2015 N° 15126</p>	<b>SCHEDA DI ISCRIZIONE</b>  <b>Società Medica Lazzaro Spallanzani</b> <b>Via Dalmazia, 101 - 42124 Reggio Emilia</b>	Modulo N. 15/B    Scheda iscrizione NO RE  Revisione <b>04</b> Del <b>Novembre 2018</b>
--	--	---

Da inviarsi alla Società Medica Lazzaro Spallanzani di R.E. tramite fax (0522/382118), via e-mail all'indirizzo:  
[spallanzani@odmeo.re.it](mailto:spallanzani@odmeo.re.it); per posta: Via Dalmazia, 101 - 42124 RE

**Informazioni:** La Segreteria invierà sempre conferma di iscrizione al ricevimento della scheda.

Si raccomanda di avvisare per tempo la Segreteria in caso di impossibilità a partecipare, ricordando che, nei criteri di qualità dichiarati ad Agenas dal Provider, la defezione rispetto agli Iscritti non deve superare il 10% e, per effetto dell'Accordo Stato/Regioni del 19/4/12, il mancato raggiungimento di questo requisito rischia di invalidare l'evento.

In mancanza di congruo preavviso, sarà preclusa la partecipazione ai successivi due eventi organizzati.

Si invita a prendere visione del Regolamento per i discenti. (Si prega di scrivere in stampatello)

**Titolo evento:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Partecipante reclutato da Sponsor** ☐ sì ☐ no

Come da su ricordato Accordo S/R, ogni professionista sanitario, all'atto della partecipazione ad un evento tramite arruolamento da parte di uno sponsor, deve consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici (C.F. nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor).

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Dati professionali**

**Professione:**

<input type="checkbox"/> Medico	<b>I MEDICI devono specificare una (o più) Specialità/Disciplina</b> (vedi elenco discipline)	Specificare Specialità.....  <b>altrimenti selezionare</b> <input type="checkbox"/> privo di specializzazione
---------------------------------	--	---

☐ Odontoiatra

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Disciplina (elenco AGENAS) (specificare) \_\_\_\_\_

<b>Partecipazione a titolo di:</b> (barrare una sola casella):	<b>Destinatario di obbligo ECM - specificare:</b> <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione <input type="checkbox"/> Professione sanitaria non accreditata ECM <input type="checkbox"/> <b>NON Destinatario di obbligo ECM</b> (Uditore)
---	---

**Per Professionisti non iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia**

Indirizzo (via, civico, località) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Iscrizione n. \_\_\_\_\_ presso Ordine/Coll./Ass.ne \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**Informativa: il titolare del Trattamento** Società Medica Lazzaro Spallanzani di Reggio Emilia, Via Dalmazia 101-42124 Reggio Emilia-Tel. 0522/382100 - Fax 0522/382118 - e-mail [spallanzani@odmeo.re.it](mailto:spallanzani@odmeo.re.it). La informa ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del REG.UE 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati raccolti saranno trattati sia con modalità informatica che cartacea esclusivamente per gli scopi e finalità di cui all'informativa resa in allegato alla presente. Per l'esercizio dei diritti si rimanda agli articoli dal 15 al 22 del Reg. UE 2016/679 scrivendo a [privacy.spallanzani@odmeo.re.it](mailto:privacy.spallanzani@odmeo.re.it).

**Letta l'informativa ai sensi dell'art.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, del D.lgs. 196/03 e s.m.i. in allegato alla presente:**

☐ Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali

☐ Nego il consenso al trattamento dei miei dati personali

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_