**MODULO D'ISCRIZIONE** al corso **ECM** in modalità **RES** valido per il rilascio di **crediti** **ECM**

**ALS - Provider ECM ID 689 Accreditamento D.D.S. n. 1116 del 17/11/2021 Assessorato Regionale della Salute – Regione Siciliana**

**VIA GIUSEPPE LA FARINA 96H MESSINA (ME)**

EVENTO CON ACCREDITAMENTO N. 11192 - ED. 1 - **CREDITI ECM 10**

**GESTIONE DEL POLI-TRAUMATIZZATO DALL'EMERGENZA TERRITORIALE ALL'OSPEDALIZZAZIONE: IL RUOLO DELL'INFERMIERE**

EVENTO CHE SI SVOLGERA' IN DATA **12/05/2025** - **ORA DI INZIO 8:00 – ORA DI**

**FINE 21:00 – DURATA CORSO 10 ORE – IN PRESENZA** PRESSO LA SEDE FORMATIVA DELL’O.P.I. DI MESSINA, SITA **IN VIA PAVIA 47/C MESSINA 98124**

**DESTINATO A N. 100 PARTECIPANTI**

**(**NELLE FIGURE DI INFERMIERI E INFERMIERI PEDIATRICI)

**DATI ANAGRAFICI**

**COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDIRIZZO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA':\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROVINCIA: (\_\_\_\_\_\_)**

**TELEFONO/CELLULARE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFESSIONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SPECIALIZZAZIONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Specificando che il Corso ECM in questione è **TOTALMENTE GRATUITO** il partecipante invitato

**DICHIARA**

di essere consapevole che per l’assegnazione dei crediti ECM è condizione indispensabile:

* Partecipare almeno il 90% dell'intera durata dell’evento ( 10 ore totali );
* Compilare il questionario sulla qualità percepita;
* Rispondere correttamente almeno al 75% delle domande del questionario di valutazione apprendimento;

# DICHIARA INOLTRE

che, con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali e in particolare all’art. 13, AUTORIZZA ALS S.r.l.s. e i suoi delegati, ed acconsente, sino a revoca scritta da parte propria, al trattamento dei propri dati personali ed in particolare all’utilizzo dei dati stessi per fini ECM, nella Banca Dati del sito ECM e alla trasmissione alla Commissione Nazionale per la

Formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo “elenco e recapiti dei partecipanti”, in virtù del principio di necessità del trattamento ex art. 3 D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016, come richiamato da Com. Ministero della Sanità – Commissione ECM del 05/12/05. Sono altresì informato che potrò esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016, rivolgendomi a ALS S.r.l.s.

Si intendono iscritti all'Evento, su indicato, i partecipanti che avendo compilato

**OBBLIGATORIAMENTE** tutti i **CAMPI** sopra inseriti, inviano il seguente modulo d'iscrizione all'email **INFO@ALSSRL.IT** con OGGETTO MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO ECM - ALS.

**Il provider ALS ID 689 si impegna a comunicare preventivamente eventuali cambiamenti di sede. Si allega al presente modulo anche il Programma Scientifico dell’Evento in questione.**

**LUOGO E DATA FIRMA PER ESTESO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**