



**Policlinico Militare di Roma "Celio"**

**STATO MAGGIORE DIFESA**  
Ispettorato Generale della Sanità Militare

**Formazione Residenziale ECM – SCHEDA iscrizione (SI)**

Rev. 3.0 del 22/07/2016

**III GIORNATA DELL'INFERMIERISTICA MILITARE E DELLE FORZE DELLA POLIZIA.  
SCENARI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI: IDENTITÀ DELLA PROFESSIONE E  
PROFILI DI RESPONSABILITÀ**

**Roma 22 marzo 2019  
CENTRO ALTI STUDI DIFESA (C.A.S.D.)  
Piazzale della Rovere, 83 Roma**

**PARTECIPANTE  RELATORE  MODERATORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: FISSO \_\_\_\_\_ MOBILE \_\_\_\_\_

E-MAIL (PREFERIBILMENTE PEC) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**L'evento è aperto alla seguente PROFESSIONE SANITARIA:**

INFERMIERE

**LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  PRIVO DI OCCUPAZIONE  CONVENZIONATO**

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

N° ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

EI  MM  AM  CC  PS  CIV  CIV AMM. DIFESA  CRI  ALTRO \_\_\_\_\_

**N.B.**

**La scheda va compilata in ogni sua parte al fine di permettere, secondo la normativa vigente, il corretto inserimento negli elenchi che verranno inviati ad Age.Na.S. e Co.Ge.A.P.S. ai fini del rilascio dei crediti ECM. In caso di dati mancanti e/o incompleti l'iscrizione sarà annullata. La scheda va inviata tramite e-mail a: [commissioni@fnopi.it](mailto:commissioni@fnopi.it)**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 D. L.vo 196/2003** – Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica del provider ecm del Policlinico Militare "Celio" di Roma e nel rispetto di quanto stabilito dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della registrazione presso la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute* della Sua partecipazione all'evento e dell'acquisizione dei corrispettivi crediti. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del D. L.vo n. 196/2003, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile del provider ecm del Policlinico Militare "Celio" di Roma.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_