ISCRIZIONE ALL’EVENTO ECM

 **Riconoscere e trattare al meglio il piede diabetico.**

**Approccio multidisciplinare**

*Sala Conferenze Dipartimento di Prevenzione Asl Taranto – Via Leonida 2, Taranto*

*24 maggio 2025*

**Evento con n. di accreditamento Age.Nas 1215-444220 ED. 1**

*Il corso da diritto all’acquisizione di n. 4 crediti E.C.M.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Ente di appartenenza |  |
| Professione |  |
| Disciplina |  |
| Posizione in ambito professionale (Libero Professionista, Dipendente, Convenzionato, Privo di occupazione) |  |
| Reclutamento (è stato reclutato da uno sponsor?)SI o NO |  |
| Indirizzo di residenza, città, cap, provincia |  |
| Cellulare |  |
| E-mail |  |
| Ordine/Collegio/Associazione Professionale |  |
| Numero di Iscrizione all’ Ordine/Collegio/Ass. Prof.ale |  |
| Data di Iscrizione all’ Ordine/Collegio/ Ass. Prof.ale |  |

**Desidera ricevere i crediti ECM? ☐ SI ☐ NO**

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di dare il consenso alla pubblicazione dei dati personali nell’applicazione ECM.

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Confermo di aver ricevuto l’INFORMATIVA PRIVACY Regolamento 679/2016/UE – Partecipanti Corso ECM.

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_