

EVENTO ECM: "Terzo Workshop di Economia e Farmaci per l'HIV"
13-14 settembre, Università Cattolica del Sacro Cuore, via Nirone 15

Da compilare, firmare e spedire a 3P Solution Srl, al seguente numero di fax: 02-36631640 oppure scansionare ed inviare all'indirizzo di posta elettronica: sarto@3psolution.it entro 15 giorni dall'inizio dell'evento.

La compilazione completa e corretta della scheda di iscrizione è indispensabile al fine dell'acquisizione dei crediti.

Accreditato per n. 150 Medici (anestesia e rianimazione, chirurgia generale, farmacologia e tossicologia clinica, igiene epidemiologia e medicina interna, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, microbiologia e virologia, patologia clinica)

L'iscrizione al corso è gratuita per i professionisti che lavorano per strutture del SSN.

Con riferimento al comunicato della CNFC del 18 Gennaio 2011 si rammenta il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisibili dal professionista tramite reclutamento diretto dello sponsor nel triennio 2014-16

Codice fiscale:	
Cognome:	
Nome:	
Professione:	Disciplina:
<input type="checkbox"/> Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> gastroenterologia; <input type="checkbox"/> malattie infettive; <input type="checkbox"/> farmacologia e tossicologia clinica; <input type="checkbox"/> igiene, <input type="checkbox"/> epidemiologia e sanità pubblica; <input type="checkbox"/> medicina interna; <input type="checkbox"/> medicina legale; <input type="checkbox"/> oncologia <input type="checkbox"/> Altro (specificare).....
<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Ospedaliero <input type="checkbox"/> Territoriale
<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....	
Recapito telefonico:	
Numero di cellulare:	
Indirizzo di posta elettronica:	
Indirizzo di posta elettronica posta elettronica certificata (PEC):	
Indirizzo (via, città):	
CAP:	
Sigla provincia:	
Luogo di nascita:	
Data di nascita:	
Struttura di lavoro:	
Ruolo all'interno della struttura:	
<input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione <input type="checkbox"/> Borsista/specializzando <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Eventuale numero di iscrizione all'albo:	
SCELTA Gruppo di lavoro: indicare la preferenza su una scala da 1 a 3 (dove 1 è la scelta prioritaria). I gruppi di lavoro saranno composti in considerazione delle preferenze espresse fino a riempimento sala.	
GRUPPO DI LAVORO	Scala da 1 a 3
Burden of HIV-associated comorbidities and related costs	
Innovazione e sostenibilità	
Il ruolo dei generici nell' HIV e relativo budget impact	
A cura del Provider - Numero progressivo:	



SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

MOD 21Revisione
9

26 mar 14

Foglio
2 di 2

Sono stato reclutato direttamente dall'azienda sponsor: _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA LEGGE SULLA PRIVACY - Ai sensi del D.Lgs 196/2003, i dati personali sopra forniti, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento e alla gestione ECM di questo evento. I dati verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, o comunque mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e riservatezza. L'ambito di trattamento sarà riservato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra e per l'invio di materiale informativo di carattere esclusivamente scientifico a: soggetti che in collaborazione con il titolare abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa, o ad altri progetti futuri. I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e per 5 anni. 3P Solution Srl garantisce la possibilità di esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. Del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei dati nonché opporsi al proprio utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è 3P Solution Srl con sede in via Marradi 3, Milano. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di 3P Solution Srl.

Consenso al trattamento e gestione dei dati: Dichiaro di avere ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del D.Lgs 196/2003 ed esprimo il mio consenso previsto dalla citata legge al trattamento dei miei dati personali.

DATA _____

FIRMA _____

Si prega di segnalare eventuali esigenze alimentari (es. allergie, intolleranze, scelte alimentari vegetariane o vegane, etc.) all'atto dell'iscrizione.

Emesso da RSGQ		Approvato da AU		