



Scheda Anagrafica per ECM

DATI PERSONALI

.....

Cognome Nome

.....

Indirizzo CAP Città Prov. (.....)

(.....)

Prefisso Telefono Cell. E-mail

.....

Titolo di studio Codice Fiscale

.....

Data di nascita Luogo di nascita

Ordine Professionale <input type="checkbox"/> Collegio Professionale <input type="checkbox"/>			Nome organizzazione			provincia/regione		n°	
Associazione Professionale riconosciuta CO.GE.APS <input type="checkbox"/>									
Libero professionista	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Dipendente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Convenzionato		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì

per l'accreditamento ECM è necessario indicare la propria professione tra quelle elencate:

- Medico Chirurgo (precisare la disciplina) Disciplina
- Psicologo
- Terapista della Neuro e Psicom. dell'età evolutiva TNPEE
- Logopedista
- Educatore
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Infermiere

N.B. per ottenere i crediti formativi ECM si prega di compilare la scheda in tutte le sue parti.

Data _____ Firma _____

Autorizzo il C.A.M. ad inserire i miei dati nelle sue liste per l'invio di materiale informativo sulle attività del Centro. In ogni momento, a norma della legge 196/03, potrò avere accesso ai miei dati, chiedendone la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a C.A.M. Centro per l'Apprendimento Mediato - via Rosaspina, 12 - 47923 Rimini

Data _____ Firma _____