**ECM: “*PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE) E SISTEMI DI VALUTAZIONE COMPARATIVA DI ESITO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL’ASSISTENZA SANITARIA*”**

**16 LUGLIO 2025**

**AULA SPINELLI**

**G. O. M - REGGIO CALABRIA**

**SCHEDA ANAGRAFICA PARTECIPANTE**

**Cognome**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_

**Luogo di nascita**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data di nascita**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qualifica**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Disciplina**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**U.O.C. di Appartenenza** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapito Telefono**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-Mail Aziendale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto in qualità di partecipante all’evento **ECM ID 1570**  denominato : “**Programma Nazionale Esiti (Pne) E Sistemi Di Valutazione Comparativa Di Esito Per Il Miglioramento Della Qualità Dell’assistenza Sanitaria”** dichiara di essere stato **RECLUTATO\***

* **SI, ( indicare il nome dell’impresa commerciale operante in ambito sanitario)**
* **No.**

\*ai sensi dell’art. 80 dell’Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 - REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - esprime l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai fini dell'attività formativa ECM.

**Reggio Cal**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La scheda d’iscrizione dovrà pervenire entro il 09.07.2025 alla e-mail della Formazione **(formazione@ospedalerc.it)**