

# RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CORSO "ULTRASUONI IN ANESTESIA LOCOREGIONALE E MEDICINA DEL DOLORE" - EDIZIONE 2026

\* Campo obbligatorio

Nome e cognome\*

Luogo e data di nascita\*

Residenza\*

CF/P. IVA\*

Telefono\*

E-mail\*

Laureato/a in Medicina e Chirurgia nell'anno\*

Conseguita presso l'Università\*

Specializzazione in\*

Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici\*

Iscritto all'ordine dei medici di\*

Reparto in cui viene svolta l'attività professionale\*

Sede del lavoro (via, CAP, città, tel/fax)

Qualifica

Data\*

Il sottoscritto, in qualità di partecipante all'evento ECM denominato "Corso biennale di perfezionamento in Scienze Algologiche", dichiara di essere stato reclutato\*:

**Sì, da:**

**No**

Il sottoscritto dichiara inoltre di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

*\*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.*

## Consenso:

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016

L'informativa sulla privacy è consultabile sul sito [www.fondazioneisal.it/privacy policy](http://www.fondazioneisal.it/privacy policy)

L'interessato:

**Presta il consenso**

**Nega il consenso**

affinché riceva informazioni inerenti iniziative e attività (anche formative) ritenute di suo interesse, organizzate da Fondazione ISAL, mediante newsletter, e mail, sms, WhatsApp, Facebook, posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore.

Per presa visione e accettazione

Firma