

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

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