



U.O.C. Supporto al Governo Clinico
 U.O.S. Formazione Risorse Umane

MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

CODICE EVENTO:	
TITOLO CORSO ECM:	
LUOGO DI SVOLGIMENTO	
DATA INIZIALE DELL'EVENTO	

COGNOME: REGALIA

NOME: ANNA LAURA

NATO/A: ~~_____~~

IL: 29/5/1952

INDIRIZZO: ~~_____~~

CAP: ~~_____~~

CITTA': ~~_____~~

PROVINCIA: _____

CODICE FISCALE	_____
-----------------------	-------

PROFESSIONE: _____

* DISCIPLINA: _____

AZIENDA: ~~_____~~

U.O. _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____

CITTA': _____

TELEFONO: _____

FAX: _____

CELL. AZIENDALE: _____

e mail: ~~_____~~

N. iscrizione Albo Professionale: _____

DICHIARA DI AVER SVOLTO LA LEZIONE IN DATA: _____ dalle ore _____ alle ore _____

DATI BANCARI : CODICE IBAN ~~_____~~

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del C.P. e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge il 25/11/2003 n. 326

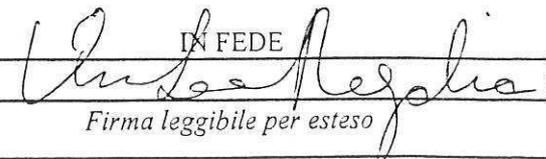
DICHIARA:

>) di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa;

>) che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione- formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 30/06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ROMA,

IN FEDE

 Firma leggibile per esteso

* DA SPECIFICARE PER: MEDICI, VETERINARI, ODONTOIATRI, FARMACISTI, CHIMICI, BIOLOGI E PSICOLOGI

Gentile collega, ai sensi del D. Leg 196/03, La informiamo che i dati che ci fornisce saranno trattati ai soli fini del corso e della procedura ECM, ai fini del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei suoi diritti e della sua riservatezza. I suoi dati personali saranno gestiti sia su supporto informatico che cartaceo.

N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE