

U.O.S.D. Qualità e Formazione
Responsabile: Dott.ssa F. Pofi

MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

| | |
|---------------------------|-----------|
| CODICE EVENTO: | CORPO PAI |
| TITOLO CORSO ECM: | |
| LUOGO DI SVOLGIMENTO | |
| DATA INIZIALE DELL'EVENTO | |

| | | | |
|------------|-----------|------------|-----------|
| COGNOME: | COCCHIERI | NOME: | ANTONELLO |
| NATO/A: | | IL: | |
| INDIRIZZO: | | CAP: | |
| CITTA': | | PROVINCIA: | |

| | |
|----------------|--|
| CODICE FISCALE | |
|----------------|--|

| | | | |
|--------------|------------|-----------------------------------|--|
| PROFESSIONE: | INTERMEDIE | * 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

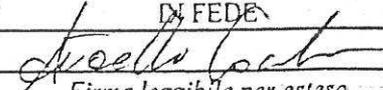
DICHIARA:

- >) 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.

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI DIAPOSITIVE/IMMAGINI:

Autorizzo l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata ad utilizzare diapositive/immagini relative alla mia relazione presentata al congresso sopra indicato. L'utilizzo di tale materiale è da considerarsi in forma gratuita. Con questa liberatoria l'AO San Giovanni Addolorata viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente eventuali danni alla mia immagine. La presente ha validità illimitata

ROMA, 10/05/2017

DI FEDE

Firma leggibile per esteso

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

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