



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n.2576-28889

Workshop su:  
***“L'ERRORE IN MEDICINA: STRUMENTI PER PENSARE”***

Sabato 29 Settembre 2007 – Palazzo dei Congressi di Taormina (ME) - Ore 8,30

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

(da presentare agli uffici dell'Ordine o inviare al fax n. 090-694555)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. ( ) \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medico di Assistenza Primaria                                 | <input type="checkbox"/> Pediatra di Libera scelta   |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto ai servizi di Continuità Assistenziale         | <input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale   |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto ai servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico 1° livello |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto alla Medicina dei Servizi                      | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico 2° livello |
| <input type="checkbox"/> Medico Specialista Convenzionato Esterno                      | <input type="checkbox"/> Medico Universitario        |
| <input type="checkbox"/> Medico dipendente settore Ospedalità privata                  | <input type="checkbox"/> Medico Militare             |
| <input type="checkbox"/> Altro *   | <input type="checkbox"/> Libero professionista       |

\* Altro tipo di professione \_\_\_\_\_

con la presente manifesta il proprio interesse e dichiara la sua disponibilità a partecipare, in qualità di discente, all'evento formativo specificato in epigrafe, prendendo nota che i dati riportati in questo foglio saranno trasmessi alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura del Ministero della Salute.

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, rispetta la Sua riservatezza conformemente ai termini del nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Lo stesso garantisce che i Suoi dati non verranno condivisi da nessun altro soggetto, ma saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini inerenti e conseguenti l'iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. I dati stessi non saranno oggetto di diffusione e non saranno comunicati a terzi senza la preventiva autorizzazione.

Sulla base delle informazioni sopra riportate, do il mio consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei miei dati personali sopra riportati.

**Allega ricevuta di avvenuto versamento di € 30,00 sul c/c postale n. n.13746987 intestato a "Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina"**

Data .....

Firma .....