



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**DEMENTIA: LA SFIDA PER GLI OPERATORI SANITARI DEL FUTURO**  
**15 MARZO 2025**  
**(RES) ID ECM: 444720**

Si prega di compilare il presente modulo in **modo leggibile ed in ogni sua parte**, di firmarlo e di inviarlo via mail a [formazione@omniaconsulting.org](mailto:formazione@omniaconsulting.org). I dati inseriti verranno utilizzati ai fini della registrazione al corso.

**PERSONALE SANITARIO INTERESSATO AI CREDITI ECM**       **NON SONO INTERESSATO AI CREDITI ECM**

### Dati Partecipante:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Provincia di \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Laurea in \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_

Iscrizione all'Ordine \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Dipendente/Libero professionista (specificare) presso \_\_\_\_\_

### Data e sede

Una giornata di formazione dalla durata di 4 ore di lezione effettiva (ore 9.00 - 13:45), in modalità residenziale (RES) presso il Teatro piano terra del Piccolo Cottolengo Opera Don Orione, via Galileo Galilei 713, 18038 Sanremo (IM).

### Privacy

I dati personali acquisiti con la presente scheda di iscrizione sono raccolti per le finalità connesse alla partecipazione al corso ed allo svolgimento delle relative attività e verranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici da parte del personale incaricato. Titolare del trattamento è lo Studio Omnia S.r.l. Per il trattamento dei dati forniti ad Agenas per le procedure di accreditamento ECM, è possibile visualizzare l'informativa Agenas al sito <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>

Acconsento:

Al trattamento dei miei dati personali (Legge 196/03 e Regolamento UE 679/16).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## DICHIARAZIONE DEL DISCENTE REATIVA AL PROPRIO RECLUTAMENTO

*(Da compilare solo se personale sanitario che ha diritto a conseguire i crediti ECM)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di partecipante all'evento formativo ECM denominato “ **Demenza: la sfida per gli operatori sanitari del futuro**” dichiara di essere stato reclutato \*:

o Sì, da \_\_\_\_\_ (indicare  
nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)

o 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.*

Firma: \_\_\_\_\_

**Ufficio Formazione**

**STUDIO OMNIA S.R.L.**  
Società Unipersonale  
Via A. M. Maragliano 6/8, 16121 Genova  
Partita IVA 01860510997