

GESTIONE AMBULATORIALE DEL PAZIENTE CARDIOPATICO Mantova, 30 novembre 2019

L'evento è stato accreditato con ECM NAZIONALE ed ha ottenuto **N° 6 crediti** per le seguenti professioni e discipline:

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	Cardiologia – Medicina Generale (Medici di Famiglia)

Al fine di ricevere l'attestato certificante i crediti, i partecipanti sono tenuti a rispettare le seguenti norme, **pena la non assegnazione dei crediti**:

❖ **Essere presenti in sala per almeno il 90% della durata dell'evento**

La presenza verrà rilevata tramite

- ✓ firma di presenza

❖ **Compilare quindi in modo chiaro e leggibile** e restituire firmate alla Segreteria:

- ✓ scheda dati anagrafici
- ✓ questionario
- ✓ schede di valutazione evento (OGNI DOMANDA!)

I partecipanti e i docenti aventi diritto, dopo le dovute verifiche da parte del Responsabile Scientifico e del Provider, riceveranno all'indirizzo e-mail indicato nella scheda dati anagrafici, l'attestato certificante l'acquisizione dei crediti.

Nota per i docenti: ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, i docenti non sono tenuti a compilare il questionario né a presenziare per tutto l'evento poiché il numero dei crediti a loro assegnati dipende dalle ore di docenza effettuate (n. 1 credito ogni 30 minuti di docenza; nessun credito se inferiore ai 30 minuti. I moderatori non hanno diritto ad alcun credito.

N.B I Docenti/Moderatori che desiderano ricevere i crediti in qualità di discenti sono tenuti a presenziare ad almeno il 90% dell'intera attività formativa, compilare e firmare il registro presenze, la scheda dati anagrafici, il questionario e la scheda di valutazione dell'apprendimento.

Ringraziamo sin da ora per la gentile collaborazione

E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

Scheda Rilevamento Dati

**DA INVIARE COMPILATA A CONSULENZA MANTOVA CONGRESSI S.r.l. VIA FRATTINI n. 7 - 46100 MANTOVA –
FAX 0376 327275
Email: ascaril@libero.it**

Titolo del programma: GESTIONE AMBULATORIALE DEL PAZIENTE CARDIOPATICO

Provider: FOR. MED. SRL

Codice Provider: 4695

Crediti ECM: 6

Codice ECM: 268433

Sede: ASSOCIAZIONE DEGLI INDUSTRIALI DELLA PROVINCIA DI MANTOVA

Data: 30/11/2019

DATI PERSONALI

Si prega di compilare il modulo in stampatello

DATI ANAGRAFICI (da trasmettere a Min. della Salute, Age.na.s e COGEAPS). Tutti i dati sono obbligatori. In mancanza di tali dati (ovvero che risultino illeggibili) non sarà possibile ricevere i crediti formativi.

CODICE FISCALE

La corretta compilazione del Codice Fiscale è indispensabile per l'assegnazione dei crediti ECM

COGNOME NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO PRIVATO

CAP – CITTA'

TEL PRIVATO / FAX PRIVATO / CELL

PEC / Email per invio attestato ECM

ISTITUTO / ENTE DI APPARTENENZA

INDIRIZZO ISTITUTO / ENTE

CAP – CITTA'

TELEFONO / FAX

Telefono: _____

Fax: _____

QUALIFICA PROF.LE POSSEDUTA

DISCIPLINA

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

NOME ASSOCIAZIONE / N° ISCRIZIONE

**SE RECLUTATO DALLO SPONSOR
INDICARE IL NOME DELLO SPONSOR**

Dichiaro inoltre

Di essere a conoscenza che i punti ECM sponsorizzati potranno concorrere per un massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento 2017 – 2019 [CNFC del 18 gennaio 2011]

* Secondo le CNFC ECM il termine "reclutamento" è inteso come rapporto diretto tra uno sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via [CNFC del 18 gennaio 2011]

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider, ai sensi dell'ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy.

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Firma