



### Modulo d'iscrizione

Aggiornamenti in medicina del lavoro:

- Il ruolo del medico competente nella gestione della pandemia da Covid-19.
- Le zoonosi (malattie emergenti e riemergenti).
- La nuova normativa in materia di radioprotezione.

Evento accreditato ECM 50 crediti formativi

29 gennaio, 26 febbraio, 26 marzo, 16 aprile, 28 maggio, 25 giugno 2021.

#### Informazioni Partecipante:

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Laurea \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

N° d'iscrizione all'albo \_\_\_\_\_ Provincia dell'Ordine d'iscrizione \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Specificare se: Libero professionista, Dipendente, Convenzionato: \_\_\_\_\_

#### Solo per chi ha una specializzazione diversa dalla "medicina del lavoro"

La disciplina per poter essere inseriti nell'albo dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 D-BIS D. Lgs n° 81 del 9 aprile 2008 sul sito dell'AGENAS è quella di Medico del Lavoro, consapevole di questo lei autorizza il provider ad inserirla con tale disciplina?

- Sì  
 No

#### Dati per la fatturazione

Ragione sociale (ente di appartenenza) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice Destinatario e Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

La quota d'iscrizione è di 500,00 €, per gli specializzandi 100,00 €, da versare entro il 20 dicembre 2020.

La quota d'iscrizione può essere versata in due tranches, in tal caso la prima di 250,00 € entro il 15 dicembre 2020, gli altri 250,00 € entro il 15 gennaio 2021.

Si provvede al versamento della quota di iscrizione sul Conto Corrente -IBAN IT73M0326804800052671519560 intestato all'Associazione EFAP- Eventi, Formazione, Aggiornamento Professionale.

Specificare causale "evento per medici del lavoro e indicare nome e cognome del partecipante".

Inviare il modulo di iscrizione debitamente compilato in stampatello e firmato comprensivo della ricevuta dell'avvenuto pagamento via MAIL all'indirizzo [associazione.efap@gmail.com](mailto:associazione.efap@gmail.com) all'attenzione della Dottoressa Maria Alessandra Pischedda.

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 'GDPR': i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data

Firma per esteso

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria organizzativa dell'EFAP:

Dott.ssa Maria Alessandra Pischedda cell. +39 3346569320, e-mail [mariaalessandrapischedda@gmail.com](mailto:mariaalessandrapischedda@gmail.com)