



Autodichiarazione di effettiva frequenza corso ECM in modalità RES VIDEOCONFERENZA valida per il rilascio di crediti ECM

TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE **OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI** IN MODO CHIARO E LEGGIBILE.
L'IMPOSSIBILITA' DI LEGGERE I DATI PUO' COMPROMETTERE L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI.
(artt. 3 e 76 del T.U. – DPR n. 445/2000)

COGNOME e NOME _____

luogo nascita _____ prov. _____ data nascita _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROFESSIONE _____ SPECIALIZZAZIONE _____

Libero Professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

Con riferimento all'art. 3 della "Delibera emergenza epidemiologica da Covid-19" emessa dalla Commissione ECM il 23 giugno 2021, che, per motivi inerenti lo stato di emergenza sanitaria ed in ottemperanza a quanto definito dai DPCM in vigore, attribuisce ai discenti la possibilità di partecipare all'evento da remoto, il sottoscritto, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ed ai sensi della L. 445/2000, di avere partecipato in qualità di DISCENTE all'evento formativo RES-videoconferenza

XVI NATIONAL CONGRESS SIB MULTIDISCIPLINARY TREATMENTS FOR SKULL BASE DISEASE

il giorno Giovedì 11 Novembre 2021 dalle ore _____ alle ore _____

il giorno Venerdì 12 Novembre 2021 dalle ore _____ alle ore _____

Il sottoscritto, **DICHIARA** inoltre di essere consapevole che per l'assegnazione dei crediti ECM è condizione indispensabile:

- Partecipare almeno il 90% dell'intera durata dell'evento
- Compilare il questionario sulla qualità percepita
- Rispondere correttamente almeno al 75% delle domande del questionario di valutazione apprendimento

Il sottoscritto si impegna ad inviare tale autodichiarazione insieme al questionario ECM all'indirizzo e-mail: gloria.mengoli@mymeetingsrl.com **entro 3 giorni dal termine dell'evento.**

Il sottoscritto, **DICHIARA** che, con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali e in particolare all'art. 13, **AUTORIZZA My Meeting S.r.l.** e i suoi delegati, ed acconsente, sino a revoca scritta da parte propria, al trattamento dei propri dati personali ed in particolare all'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, nella Banca Dati del sito ECM e alla trasmissione alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti", in virtù del principio di necessità del trattamento ex art. 3 D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016, come richiamato da Com. Ministero della Sanità – Commissione ECM del 05/12/05.

Sono altresì informato che potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/03 e del Reg. UE 679/2016, rivolgendomi a **My Meeting S.r.l.**

Data _____ Firma _____