

La scheda di Iscrizione, solo se debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione FVG per l'attribuzione dei crediti ECM  
Si prega di scrivere in modo leggibile - le schede ILLEGIBILI non verranno prese in considerazione

Cod.	IRCCRO_	Data corso		Tipologia	<input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Formazione sul Campo
------	---------	------------	--	-----------	---

Titolo corso	
--------------	--

**1. Identificazione** - Cognome  Nome

E-mail (OBBLIGATORIA)  Telefono

**2. Sede di attività** - Azienda

Dipartimento/Struttura  Tel.

Inquadramento  Dipendente  Contrattista  Convenzionato  Borsista  Libero professionista  Interinale  Privo di occupazione  Volontario

**3. Residenza** - Via  N°  Interno

CAP  Località  Prov.

**4. Dati anagrafici** - Codice fiscale  M  F

Data nascita  /  /  Luogo nascita  Prov  Nazione nascita

### 5. PROFESSIONI e DISCIPLINE ECM -

**ECM: EDUCAZIONE CONTINUA in MEDICINA - Aggiornamento obbligatorio per tutti i Professionisti della salute**

#### MEDICO CHIRURGO

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica   | <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia  |
| <input type="checkbox"/> Anatomia patologica                   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia                 | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia   |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione              | <input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione | <input type="checkbox"/> Neurologia  |
| <input type="checkbox"/> Angiologia                            | <input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubbl.    | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile  |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría                | <input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica           | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia   |
| <input type="checkbox"/> Biochimica clinica                    | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio      | <input type="checkbox"/> Oftalmologia  |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                       | <input type="checkbox"/> Malattie infettive                       | <input type="checkbox"/> Oncologia   |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                           | <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia      | <input type="checkbox"/> Organizz. dei servizi sanitari di base                                      |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia generale                    | <input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale          | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale            | <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro e sicurezza          | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica                  | <input type="checkbox"/> Medicina dello sport                     | <input type="checkbox"/> Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva    | <input type="checkbox"/> Med. e chir. di accettazione e urgenza   | <input type="checkbox"/> Pediatria   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia toracica                    | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione         | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta)                                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare                   | <input type="checkbox"/> Medicina generale (Medici di famiglia)   | <input type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale              | <input type="checkbox"/> Medicina interna                         | <input type="checkbox"/> Psicoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia           | <input type="checkbox"/> Medicina legale                          | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedal. | <input type="checkbox"/> Medicina nucleare                        | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia                            | <input type="checkbox"/> Medicina termale                         | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia                        | <input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale                   | <input type="checkbox"/> Scienze dell'alimentazione e dietetica                                      |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica   | <input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia                | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                     | <input type="checkbox"/> Nefrologia                               | <input type="checkbox"/> Privo di specializzazione   |
| <input type="checkbox"/> Genetica medica                       | <input type="checkbox"/> Neonatologia                             |  |

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO               | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA             | <input type="checkbox"/> PODOLOGO                                       |
| <input type="checkbox"/> CHIMICO               | <input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA             | <input type="checkbox"/> TERAPISTA OCCUPAZIONALE                        |
| <input type="checkbox"/> FISICO                | <input type="checkbox"/> ORTOTTISTA              | <input type="checkbox"/> TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA   |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO  | <input type="checkbox"/> OSTETRICA               | <input type="checkbox"/> TECNICO DI PREV. AMBIENTE E LUOGHI LAVORO      |
| <input type="checkbox"/> EDUCATORE PROFESS.    | <input type="checkbox"/> OSTETRICA               | <input type="checkbox"/> TECNICO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA         |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA        | <input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOMETRISTA   | <input type="checkbox"/> TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA                 |
| <input type="checkbox"/> IGIENISTA DENTALE     | <input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOPROTESISTA | <input type="checkbox"/> TSRM - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA     |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE            | <input type="checkbox"/> TECNICO ORTOPEDICO      | <input type="checkbox"/> TSLB - TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO | <input type="checkbox"/> DIETISTA                | <input type="checkbox"/> TERAPISTA NEURO/PSICOMOTRICITA' ETA' EVOLUTIVA |



<b>FARMACISTA</b> <input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera <input type="checkbox"/> Farmacia territoriale	<b>PSICOLOGO</b> <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Psicologia	<b>VETERINARIO</b> <input type="checkbox"/> Igiene allevamenti e produzioni <input type="checkbox"/> Igiene catena degli alimenti <input type="checkbox"/> Sanità animale
<input type="checkbox"/> <b>ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DI CREDITI</b>		
<b>AREA SANITARIA</b> <input type="checkbox"/> Biotecnologo <input type="checkbox"/> Infermiere Generico <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato <input type="checkbox"/> Oper. Socio Sanitario <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Altro .....	<b>AREA AMMINISTRATIVA</b> <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Collaboratore Ammin. <input type="checkbox"/> Assistente Ammin. <input type="checkbox"/> Altro .....	<b>AREA TECNICA</b> <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico <input type="checkbox"/> Programmatore <input type="checkbox"/> Altro .....
AREA .....		

### 6. Corsi a pagamento (info: [www.cro.it](http://www.cro.it) >>> area scientifica >>> CAF >>> eventi residenziali >>> tutti gli eventi >>> anno / mese)

Quota di partecipazione se dovuta:  € ..... con IVA 22%  € ..... senza IVA Fattura intestata a Pubblica Amministrazione - esente da IVA ai sensi art.10 del DPR 26/11/1972 n.633 e successive modificazioni

**BONIFICO:** c/c bancario intestato a "Centro di Riferimento Oncologico, via Franco Gallini 2 – 33081 AVIANO (PN)"

**IBAN: IT 92 Y 05336 64770 000030264112**

Inviare copia della ricevuta di avvenuto pagamento al CAF (Centro Attività Formative) del CRO a mezzo fax al numero **0434. 659864** o e-mail [informazione@cro.it](mailto:informazione@cro.it)

La quota di partecipazione non è rimborsabile e non è possibile effettuare cambi di nominativi.

Emissione fattura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>DATI PER L'INTESTAZIONE DI EVENTUALE FATTURA (se richiesta)</b>
Cognome Nome o Ragione sociale:	
Indirizzo completo: (Via-CAP-Città-Prov)	
Codice Fiscale o Partita IVA	

### 7. Dichiarazioni sponsorizzazioni

Partecipazione con sponsor  SI  NO Nome dello sponsor \_\_\_\_\_

**Dichiaro che, con la partecipazione a questo corso, la mia formazione assolta mediante reclutamento sponsorizzato non supera un terzo del mio obbligo formativo.**

### 8. Informazioni e Dichiarazioni Corsi BLSD

Dichiaro di aver preso visione del programma (consultabile su: [www.cro.it](http://www.cro.it) >>> area scientifica >>> CAF >>> eventi residenziali >>> tutti gli eventi >>> anno / mese), e di essere a conoscenza che il corso può prevedere anche una parte pratica e/o l'effettuazione di **videoregistrazioni a scopo didattico**.

**SONO PRESENTI PRESCRIZIONI CHE POSSONO INTERFERIRE CON LA CORRETTA EFFETTUAZIONE DELLA PARTE PRATICA; SI RICHIEDE, PERTANTO, LA PARTECIPAZIONE ALLA SOLA PARTE TEORICA**

#### • Informazioni Corsi BLSD - Esonero esercitazioni pratiche

Si rammenta che il corso prevede una parte pratica con impegno fisico per le esercitazioni; lo stato di gravidanza è una controindicazione alla partecipazione al corso.

L'esonero dall'attività pratica deve essere accertato dal medico competente aziendale.

Tale documentazione deve essere presentata prima dell'inizio del corso alla segreteria del Centro Attività Formative.

Il personale sanitario esonerato dalla parte pratica non potrà acquisire i crediti ECM.

#### • La partecipazione al corso Retraining è obbligatoria ogni 2 anni per coloro che hanno già partecipato al corso base

Al personale interno del CRO, che risultasse assente senza preavviso di almeno 3 giorni, verrà addebitata la quota prevista

<b>9. Firma del Partecipante -</b>	Data	/ /	Firma
------------------------------------	------	-----	-------

### 10. Per personale CRO - Autorizzazione del Responsabile / P.O. / Coordinatore

personale del comparto, borsisti, contrattisti, volontari, studenti

Data

 /  / 

Firma

### 11. Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali

Il trattamento dei dati personali è effettuato secondo le modalità indicate nell'informativa reperibile anche sul sito internet del C.R.O. [www.cro.it](http://www.cro.it) e nel dettaglio all'indirizzo [http://www.ricerca-cro.sanita.fvg.it/it/formazione/informativa\\_privacy/](http://www.ricerca-cro.sanita.fvg.it/it/formazione/informativa_privacy/)

Luogo

Data

 /  / 

Firma