

Con il patrocinio di



## Gestione dello stress e prevenzione del burnout degli operatori sanitari nelle situazioni di emergenza

videoconferenza

I modulo giovedì 1 ottobre 2020 - II modulo giovedì 8 ottobre 2020  
dalle 14.30 alle 18.30

Scheda iscrizione

DATI PERSONALI OBBLIGATORI PER LA PRATICA E.C.M.			
COGNOME _____	NOME _____	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PROFESSIONE _____			
NATO/A _____	PROV. _____	IL ___/___/___	
CODICE FISCALE . _____ . _____ . _____ . _____ . _____			
RESIDENTE IN _____		N° _____	CAP _____
CITTA' _____		PROV. _____	
TEL _____	FAX _____	CELL _____	
EMAIL: _____		Firma _____	

AVVISO: Al fine della Sua partecipazione ai corsi di formazione e all'iscrizione ai medesimi Le rendiamo noto che: la M45 srl in qualità di titolare del trattamento dei dati ai sensi ed in conformità con il Regolamento Europeo 679/2016, informa che i dati raccolti con la presente scheda di prenotazione sono destinati ad essere archiviati sia elettronicamente che manualmente nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte del personale incaricato e perciò appositamente istruito dal titolare al trattamento dei dati. Al fine della Sua partecipazione agli eventi formativi e all'iscrizione ai medesimi, gli stessi dati verranno inviati obbligatoriamente al sistema regionale/nazionale ECM-CPD e COGEAPS per la registrazione dei crediti ECM, come da normativa per la formazione continua ed utilizzati dagli incaricati della M45 srl per recapitarle l'attestato di partecipazione ai corsi. I dati non saranno oggetto di diffusione diversa dallo scopo indicato. Attraverso la compilazione del presente modulo si rende manifesta la disponibilità e si rilascia il consenso affinché i dati forniti vengano trattati per la gestione di rapporti contrattuali sopra sanciti, che tali dati saranno conservati nei nostri archivi, nonché la loro trasmissione agli eventuali partners dell'evento. Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n° 679, G.U. 04/05/2016 .

**Il modulo d'iscrizione, deve essere compilato in tutte le sue parti e rinviato via email a [info@emme45.it](mailto:info@emme45.it)**

DATI PER LA FATTURAZIONE			
Nome cognome/azienda/Ente/Istituto _____			
Indirizzo _____	CAP _____	Città _____	Prov. _____
Codice Fiscale _____	P.IVA _____	codice univoco _____	
<b>allegata copia della distinta di bonifico eseguito in favore della M45 srl alle seguenti coordinate bancarie:</b>			
<b>IBAN IT86F050340328900000000845</b>			

**Quota Iscrizione € 120,00 Per i soci in regola con AIAS € 100,00 esente Iva ex art. 10, comma 1, n. 20, del Dpr 633/72**  
**Iscrizione include:** programma scientifico, servizi di segreteria, attestato di partecipazione, **8 Crediti formativi** validi ai fini dell'aggiornamento RSP/ASPP CSP/CSE Formatori, ai sensi del D.Lgs 81/2008, Accordo Stato-Regioni del 26/01/2006, Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 Accordo Stato Regioni del 07/07/2016 nei limiti e in analogia delle linee applicative approvate della Conferenza Stato-Regioni il 25/07/2016



ev. RES Videoconferenza ID 303302 - crediti ECM 8 per tutti gli operatori sanitari-

L'assegnazione dei crediti formativi sarà subordinata al rilevamento della presenza, alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo e al superamento della verifica di apprendimento.



Provider ECM n.ro 1574

Via Giovanni Paisiello 40 - 00198 Roma  
P.IVA 06625291007  
tel.06. 83958407 fax 6.83958405  
E mail: [info@emme45.it](mailto:info@emme45.it)  
[www.emme45.it](http://www.emme45.it)