



**I DISTURBI ALIMENTARI DELL'ANZIANO:
DALLA DIFFICOLTÀ DI DEGLUTIZIONE ALL'ANORESSIA DISFAGIA E RIFIUTO DEL PASTO
NEL PAZIENTE IN RSA**

CORSO FAD 319361 crediti ECM 4

dal 19 aprile al 31 dicembre 2021

Scheda iscrizione

DATI PERSONALI OBBLIGATORI PER LA PRATICA E.C.M.

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M 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 manifestando 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

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome cognome/azienda/Ente/Istituto _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____ codice univoco _____

allegata copia della distinta di bonifico eseguito in favore della M45 srl alle seguenti coordinate bancarie:
IBAN IT86F050340328900000000845

Partecipanti fino a 500

Quota Iscrizione € 50,00 esente Iva ex art. 10, comma 1, n. 20, del Dpr 633/72

Iscrizione include: programma scientifico, servizi di segreteria, attestato di partecipazione, **4 Crediti ECM** per figure professionali, assistenziali e socio-sanitarie operanti con l'anziano fragile, istituzionalizzato, in riabilitazione e/o degente geriatrico in RSA. **Professioni:** Medici, Infermieri, Coordinatori di reparto e di servizio, Oss, Fisioterapisti/FKT, Logopedisti, Psicologi, Educatori professionali, Assistenti sociali, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Terapisti occupazionali.

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
www.emme45.it