|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SCHEDA DI ISCRIZIONE CAF (Centro Attività Formative) - CRO Aviano - | MO CAF 64Rev. 5 |
| Pag. 1 di 2 |

**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 ILLEGGIBILI non verranno prese in considerazione**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cod. | **IRCCRO\_** | **Data corso** |  | Tipologia | [ ]  Residenziale [ ]  Formazione sul Campo |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo corso** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificazione - Cognome |  | Nome |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **E-mail (OBBLIGATORIA)** |  | **Telefono** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sede di attività - Azienda  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dipartimento/Struttura |  | Tel. |  |
|  |
| Inquadramento | [ ]  Dipendente [ ]  Convenzionato [ ]  Libero professionista [ ]  Privo di occupazione**[ ]** Contrattista **[ ]** Borsista[ ]  Interinale [ ]  Volontario |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residenza - Via |  | N° |  | Interno |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CAP |  | Località |  | Prov. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dati anagrafici -**
 | Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M[ ]  | F[ ]  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data nascita  |  / / | Luogo nascita |  | Prov |  | Nazione nascita  |  |

1. **PROFESSIONI e DISCIPLINE ECM –**

**ECM: Educazione Continua in Medicina - Aggiornamento obbligatorio per tutti i Professionisti della salute**

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

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

🡺

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FARMACISTA**[ ]  Farmacia ospedaliera[ ]  Farmacia territoriale | **PSICOLOGO**[ ]  Psicoterapia[ ]  Psicologia | **VETERINARIO**[ ]  Igiene allevamenti e produzioni[ ]  Igiene catena degli alimenti[ ]  Sanità animale |
| **[ ]  ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL’OBBLIGO DI CREDITI**  |
| AREA SANITARIA[ ]  Biotecnologo[ ]  Infermiere Generico[ ]  Ausiliario Specializzato[ ]  Oper. Socio Sanitario[ ]  Operatore Tecnico [ ]  Altro …………………… | AREA AMMINISTRATIVA[ ]  Dirigente [ ]  Collaboratore Ammin.[ ]  Assistente Ammin.[ ]  Altro …………………… | AREA TECNICA[ ]  Dirigente[ ]  Operatore Tecnico[ ]  Assistente Tecnico[ ]  Programmatore[ ]  Altro ……………… |
| AREA …………………………………………….…………. |

1. **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 esuccessivemodificazioni |
| **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 infoformazione@cro.it**La quota di partecipazione non è rimborsabile e non è possibile effettuare cambi di nominativi. |
| **Emissione fattura** **[ ]  SI [ ]  NO** | **Dati per l’intestazione DI EVENTUALE fattura (se richiesta)** |
| Cognome Nome o Ragione sociale: |  |
| Indirizzo completo: (Via-CAP-Città-Prov) |  |
| Codice Fiscale o Partita IVA |  |

1. **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.**

1. **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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Firma del Partecipante - Data**
 |  / / |  **Firma** |  |

1. **Per personale CRO - Autorizzazione del Responsabile / P.O. / Coordinatore**

personale del comparto, borsisti, contrattisti, volontari, studenti

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  / / |  **Firma** |  |

1. **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/>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo |  | Data |  / / | Firma |  |