|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SCHEDA DI ISCRIZIONE  CAF (Centro Attività Formative)  - CRO Aviano - | MO CAF 64 Rev. 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 ContrattistaBorsista Interinale  Volontario | | | |

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datanascita | / / | Luogonascita |  | Prov |  | Nazionenascita |  |

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 |  |