



ANAGRAFICA DEL CORSO:

Corso: **Il cuore dell'atleta 2016_L'atleta donna**

Data/Periodo di svolgimento: **10/09/2016** monte ore iniziativa: **5 ore** dalle **8.15 alle 13.15**

Luogo: **SALA CONVEGNI di PALAZZO SORAGNA, Strada al Ponte Caprazucca 6/a, Parma**

ANAGRAFICA DEL PARTECIPANTE:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Luogo di nascita: Prov.

Sesso: M F

Codice fiscale (obbligatorio e leggibile) :

Indirizzo e-mail: (obbligatorio e leggibile, per l'invio dell'attestato):

Indirizzo

C.A.P. Città: Prov.

Recapito telefonico:

CONDIZIONE LAVORATIVA:

Convenzionato (MMG, PLS, Medico di continuità ass.le, specialista convenzionato) Libero professionista

Dipendente di un'altra struttura: Privo di occupazione

OBBLIGATORIO INDICARE LA FAMIGLIA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA

FAMIGLIA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA		
<input type="checkbox"/> Assistente sanitario	<input type="checkbox"/> Ortottista/assistente di oftalmologia	<input type="checkbox"/> Terapista occupazionale
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Chimico	<input type="checkbox"/> Podologo	
<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Psicologo	◇ Medico di Medicina Generale
<input type="checkbox"/> Educatore professionale	<input type="checkbox"/> Tecnico audiometrista	◇ Pediatra di Libera Scelta
<input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista	◇ Medico di Continuità Assistenziale
<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Tec. della fisiopat. cardiocirc. e perfusione cardiovasc.	◇ Medico Specialista Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Tec. della prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro	
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica	O Amministrativo
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico di neuro fisiopatologia	O Assistente Sociale
<input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico	<input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico	O Operatore Socio Sanitario
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica	O Tecnico
<input type="checkbox"/> Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> Tecnico sanitario laboratorio biomedico	O Altro:
<input type="checkbox"/> Odontoiatra	<input type="checkbox"/> Terapista neuro e psicomotricità età evolutiva

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTI ESTERNI</p>	<p>Procedura Gestione Evento Revisione n. 01 16 aprile 2014 Pagina 2/2</p>
---	--	---

SE MEDICO CHIRURGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO		
<input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia
<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria
<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Oftalmologia
<input type="checkbox"/> Biochimica clinica	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia	<input type="checkbox"/> Organizzazione dei Serv. San. di base
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Med. del lavoro e sicurezza ambienti di lavoro	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Patologia clinica (lab. analisi)
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Med. e chirurgia di accettazione e di urgenza	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Pediatria (pediatri di libera scelta)
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica
<input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero	<input type="checkbox"/> Medicina termale	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia	<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica
<input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	
<input type="checkbox"/> Genetica medica	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Privo di specializzazione
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Neurologia	

SE FARMACISTA INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO
<input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera
<input type="checkbox"/> Farmacia territoriale

SE PSICOLOGO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO
<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Psicologia

SE VETERINARIO INDICARE LA DISCIPLINA PREVALENTE DI RIFERIMENTO
<input type="checkbox"/> Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
<input type="checkbox"/> Igiene prodotti, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto alimenti di origine animale e derivati
<input type="checkbox"/> Sanità animale

Si rammenta che in caso di compilazione incompleta e/o non leggibile della scheda non sarà possibile la certificazione del conseguimento dei crediti ECM ed il rilascio dell'attestato di partecipazione.

Informativa & Consenso al trattamento dei dati personali: si informa che - ai sensi e per gli effetti di cui alla DLGSVO 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni - i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dal Titolare (U.O. Formazione AUSL di Parma) in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile nominato dal Titolare (Responsabile dell'U.O. Formazione Az.le AUSL di Parma - Sede).

**** * * * * *

Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

IL PARTECIPANTE

.....