Provider n°858

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (E.C.M.)

Scheda di rilevamento dati

ATTENZIONE! La presente scheda deve essere compilata in ogni sua parte. In mancanza dei dati richiesti, per ragioni di carattere normativo, non si potrà procedere all'attribuzione dei crediti formativi presso la Sezione E.C.M. del Ministero della Salute.

Corso ECM Formazione residenziale classica (1-200 partecipanti) - 858- 492478, edizione n. 1

"KROTON GASTROPED 2026"

NUOVE EVIDENZE E APPROCCI MULTIDISCIPLINARI IN GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE PEDIATRICA

E-COM SRL – Dal 17/10/2026 Al 17/10/2026 - CROTONE

INFORMATIVA PRIVACY conformemente all'ex art. 13 del Codice Privacy (Dlgs. 196/2003, d'ora in poi "TU") e/o informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679 applicabile dal 25 maggio 2018 in tutti i Paesi dell'UE: In ossequio alla predetta informativa il sottoscritto, rilascia il consenso al trattamento dati personali e professionali inseriti nel presente modello/form/documento d'iscrizione al corso ecm esclusivamente per le finalità all'iscrizione/partecipazione al corso di formazione/aggiornamento professionale erogato in modalità convegnistico congressuale fisico/on line e/o fad, organizzato dal titolare del trattamento dati E-COM srl (cod. fisc. 02039060807 Provider 858 dell'Agenas - Min. Salute) conformemente al GDPR - Regolamento UE 2016/679 in vigore dal 25 maggio 2018. Il sottoscritto è reso edotto che può chiedere la cancellazione dei propri dati personali previa apposita revoca del consenso al trattamento dati e i titolari darne comunicazione al Garante in caso di violazione dei dati stessi, in seguito a furti o attacchi informatici. Autorizza altresì all'invio di comunicazioni mezzo e-mail, sms o altro mezzo di comunicazione attinenti eventi formativi della E-COM srl o altro suo partner. In caso di diniego, inviare e-mail a **ecm@e-comitaly.it** . **Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica, eventuali errori ed omissioni liberano la E-COM srl , da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.**

COGNOME_____**NOME**_____

Città nascita _____ **Pr.** _____ **Data di nascita** _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in Via_____ **Città**_____ **Pr.**_____**CAP**_____

Recapito cellulare / telefonico

_____

Recapito e-mail*(obbligatorio in quanto gli attestati di frequenza o ECM saranno inviati a mezzo e-mail entro 90gg dalla data fine evento)

_____

PROFESSIONE: (I crediti saranno rilasciati solo per le discipline e professioni accreditate e rientranti nella nomenclatura Agenas. Discipline inserite dai partecipanti e non rientranti in predetta nomenclatura, disponibile, sul programma dell'evento, non saranno prese in considerazione e non saranno assegnati i relativi crediti ECM)

Professione_____

Disciplina_____

Ente di appartenenza _____

❑ Libero Professionista ❑ Dipendente ❑ Privo di occupazione ❑ Convenzionato

Rapporto di lavoro

❑ Uditore ❑ Partecipante ❑ Docente ❑ Reclutato

Ruolo nell'evento formativo:

Data_____ Luogo _____Firma _____

E-COM S.R.L. P. IVA: 02039060807
Via Diomede Marvasi 8/c, 89128 Reggio Calabria
Tel/ Fax: 0965/29547, 393/6848466 - Sito: **www.e-comitaly.it**
e-mail: ecm@e-comitaly.it

Provider n°858

ATTENZIONE! La presente scheda deve essere compilata in ogni sua parte. In mancanza dei dati richiesti, per ragioni di carattere normativo, non si potrà procedere all'attribuzione dei crediti formativi presso la Sezione E.C.M. del Ministero della Salute.

Determina della CNFC del 18 Gennaio 2011 sulla regolamentazione del reclutamento dei partecipanti da parte degli sponsor (Aziende farmaceutiche e produttori di dispositivi medicali)

La Commissione premette che per "reclutamento" si intende il rapporto diretto tra lo sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via, stabilisce quanto segue:

≈ omissis ≈

Ogni professionista sanitario - all'atto della partecipazione all'evento formativo - deve consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici (codice fiscale, nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor).

≈ omissis ≈

Il Provider, al fine di trasmettere correttamente i report dei partecipanti alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua ECM o agli enti accreditanti e al Co.Ge.A.P.S., deve rammentare al partecipante il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto e - all'atto della compilazione del report contenente l'elenco dei partecipanti ai corsi ECM - deve indicare negli appositi spazi il nome dello sponsor.

≈ omissis ≈

L'ordine, il collegio o l'associazione, nei cui albi è iscritto il professionista sanitario, dovrà certificare i crediti formativi attestati dai Provider con invito a carico di uno o più sponsor, fino alla concorrenza di massimo 1/3 dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento (2026-2028).

Il sottoscritto, in merito alla normativa sul reclutamento dei partecipanti dichiara che:

È presente all'evento a suo totale carico.	firma
È stato invitato all'evento a totale carico della ditta:	indicare il nome
È stato invitato all'evento a parziale carico della ditta: ospitalità accessoria: trasferimenti, pernottamenti etc.	indicare il nome
Il sottoscritto ritiene di non voler rispondere	firma

RILEVAZIONE FABBISOGNI FORMATIVI

QUALI ARGOMENTI E DOCENTE DESIDERA SEGUIRE. SPECIFICARE TEMATICA E RELATORE.

QUALI SONO LE METODOLOGIE DIDATTICHE CHE PREFERISCE?

□ **Lezione Magistrali** □ **Esercitazioni pratiche** □ **Discussioni** □ **Relazioni** □ **Casi clinici** □ **Dimostrazioni tecniche** □ **Lavoro a piccoli gruppi**

QUALI MODALITÀ DIDATTICHE RISPONDONO MEGLIO ALLE SUE ESIGENZE? È POSSIBILE SELEZIONARE PIÙ VOCI

□ **Lunedì – Giovedì** □ **Venerdì** □ **Sabato** □ **Domenica** □ **Sabato/Domenica**

QUALI SONO GLI ELEMENTI CHE RITIENE DETERMINANTI NELLA SCELTA DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE?

□ **Affidabilità del soggetto organizzatore** □ **Professionalità dei docenti** □ **Durata Corso** □ **N° crediti** □ **Costo** □ **Vicinanza/accessibilità della sede**

QUALE TIPOLOGIA DI FORMAZIONE ECM PREFERISCE?

□ **Congressi** □ **Formazione a distanza (FAD)** □ **Corso di aggiornamento e formazione** □ **Corsi pratici meno di 40 partecipanti**

E-COM s.r.l. - RC
Amministratore Unico

E-COM S.R.L. P. IVA: 02039060807
Via Diomede Marvasi 8/c, 89128 Reggio Calabria
Tel/ Fax: 0965/29547, 393/6848466 - Sito: **www.e-comitaly.it**
e-mail: ecm@e-comitaly.it