

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Ufficio Formazione – IRCCS Burlo Garofolo

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.  Data corso  Tipologia  residenziale  Formazione sul Campo

Titolo corso

### 1. Identificazione

Cognome  Nome

E-mail (OBBLIGATORIA)  Telefono

### 2. Sede di attività

Azienda

Dipartimento/Struttura  Tel.

Inquadramento  Dipendente  Convenzionato  Libero professionista  Privo di occupazione  
 Contrattista  Borsista  Interinale  Volontario  Studente

### 3. Residenza

Indirizzo: Via/Piazza  n.  interno

CAP  Località  Prov.

### 4. Dati anagrafici

Codice Fiscale  M  F

Data di nascita  /  /  Luogo di nascita  Prov.  Nazione di nascita

### 5. PROFESSIONI e DISCIPLINE ECM

**ECM: EDUCAZIONE CONTINUA in MEDICINA - Aggiornamento obbligatorio per tutti i Professionisti della salute**

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

- ODONTOIATRA  
 BIOLOGO  
 CHIMICO  
 FISICO  
 ASSISTENTE SANITARIO  
 DIETISTA  
 EDUCATORE PROFESS.  
 FISIOTERAPISTA  
 IGIENISTA DENTALE  
 INFERMIERE  
 INFERMIERE PEDIATRICO  
 LOGOPEDISTA  
 ORTOTTISTA  
 OSTETRICA  
 PODOLOGO  
 TECNICO AUDIOMETRISTA  
 TECNICO AUDIOPROTESISTA  
 TECNICO ORTOPEDICO  
 TERAPISTA OCCUPAZIONALE

- TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA  
 TECNICO DI PREVENZIONE 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

ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DI CREDITI

| AREA SANITARIA   | AREA AMMINISTRATIVA   | AREA TECNICA  |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biotecnologo<br><input type="checkbox"/> Infermiere Generico<br><input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato<br><input type="checkbox"/> Oper. Socio Sanitario<br><input type="checkbox"/> Operatore Tecnico<br><input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Dirigente<br><input type="checkbox"/> Collaboratore Ammin.<br><input type="checkbox"/> Assistente Ammin.<br><input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Dirigente<br><input type="checkbox"/> Operatore Tecnico<br><input type="checkbox"/> Assistente Tecnico<br><input type="checkbox"/> Programmatore<br><input type="checkbox"/> Altro |
| AREA   |   |   |

## 6. Dichiarazioni rese dal partecipante e informazioni sui corsi BLS-D PALS PEARS

Dichiaro di aver preso visione del programma (consultabile su: [www.burlo.trieste.it](http://www.burlo.trieste.it) >>> istituto >>> formazione >>> corsi emergenza/urgenza >>> lista corsi emergenza/urgenza) 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 Emergenza - 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 dell'Ufficio Formazione.

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.**

## 7. Data e firma del partecipante

/ /

## 8. Informativa sulla Privacy e consenso del partecipante al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che l'Ufficio Formazione dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa vigente.

**Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.**

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dal Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di Educazione Continua in Medicina nel Friuli Venezia Giulia, adottato con la D.P.Reg. 249/2015; saranno inoltre comunicati al Co.Ge.APS per la banca dati nazionale.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, a cura dell'Ufficio Formazione, nella persona del Responsabile dello stesso, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è il I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste - Via dell'Istria n. 65/1.

Io sottoscritto ..... dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo  Data  /  /  Firma