

## ANAGRAFICA PARTECIPANTI ESTERNI

(compilare solo se non dipendente delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna)

(in caso di mancanza di uno solo dei dati richiesti non sarà possibile riconoscere la partecipazione al corso né attribuire i crediti ECM ai profili sanitari)

Il sottoscritto ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i..

### DICHIARA

COGNOME	
NOME	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
E-mail	
Professione (per non sanitari)	
Professione (per sanitari) (vedi scheda "A")	
Disciplina (per sanitari) (vedi scheda "B") <i>(obbligatoria per le professioni: medico, veterinario, farmacista, psicologo)</i>	
Privo di disciplina	<input type="checkbox"/>
Sponsor <i>(indicare il/i nominativo/i di eventuali sponsor)</i>	

#### Posizione Lavorativa:

- Dipendente                      Ente di appartenenza \_\_\_\_\_
- Convenzionato                      con \_\_\_\_\_
- Libero professionista                       Privo di occupazione                       Altro

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i..

Il/La sottoscritto/a prende atto che il trattamento dei propri dati personali, è effettuato per la gestione amministrativa dei corsi ed il rilascio dell'attestato di partecipazione, nel rispetto e ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., come da informativa reperibile agli indirizzi <http://www.ospfe.it/l-azienda/la-privacy-nellazienda-ospedaliero-universitaria-di-ferrara> e <http://www.ausl.fe.it/azienda/staff-direzionali/servizi-di-staff/affari-general-e-di-segreteria/affari-istituzional-i/privacy-policy/la-privacy-nellazienda-usl-di-ferrara>

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.