



Indicare Giorno e Sede della partecipazione

Venerdì 30 Gennaio 2026 - FourSPA Resort Hotel, Via Nazionale S.S. 114 Km 91/VII - Aci Castello (CT) Ed. 1

Venerdì 6 Febbraio 2026 - Royal Palace Hotel - Via T. Cannizzaro 3, 98123 Messina Ed. 2

LA GESTIONE DEL RENTRI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Si prega di compilare il modulo usando una penna blu o nera, in modo leggibile, in stampatello.

La mancata interpretazione dei dati può dar luogo all'impossibilità di rilasciare i crediti ECM.

Rivolto a: Tutte le professioni sanitari

I dati indicati **sono indispensabili** al fine di poter ottenere il riconoscimento dei crediti ECM erogati dal Ministero della Salute.

DATI PERSONALI			
Codice fiscale			
Cognome			
Nome			
Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Comune di nascita			PR
Comune di residenza			PR
Indirizzo di residenza			CAP
Telefono		Cellulare	
Indirizzo email			
Indirizzo posta certificata (PEC)			
Professione			
Specializzazione			
n. iscriz. ordine/albo/asso./collegio			
Posizione lavorativa	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	
	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione	
Struttura di appartenenza			

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

**ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

_____, _____
(Luogo e data)

Firma _____

La invitiamo altresì a consultare l'informativa privacy di AGE.NA.S disponibile al link <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>