

Scheda ESTERNI

COMPRESO: personale convenzionato, a contratto, sumaisti, MMG, PLS, MCA, personale ASMN, ecc.

Titolo formazione _____ **data formazione** _____

ATTENZIONE: Leggere attentamente e seguire le indicazioni

Questa scheda deve essere compilata e firmata da chiunque non sia dipendente dell'Ausl di RE, e consegnata al referente il giorno stesso del corso. (Vale anche per personale convenzionato, a contratto, sumaisti, MMG, PLS, MCA, personale ASMN, ecc.). La **mancata consegna** della scheda in sede di corso (o la consegna di una **scheda errata o compilata parzialmente o con dati illeggibili o non firmata**) non consentirà di registrare i dati, di attestare la presenza e i crediti, di trasmettere i dati al CoGeAPS.

Indicare se: **PARTECIPANTE** **DOCENTE** **TUTOR**

Se partecipante: la sua quota d'iscrizione è stata pagata da uno sponsor che ha interessi commerciali in ambito sanitario? (es. azienda farmaceutica)? NO SI (specificare _____)

SCRIVERE IN STAMPATELLO (A ESCLUSIONE DELL'E-MAIL)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov (____) il _____

Residente a _____ Prov (____) in via _____ n° _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Indicare se:

- Libero professionista
 Dipendente (presso l'Ente _____)
 Convenzionato (presso l'Ente _____)
 Privo di occupazione

Indicare con X la famiglia professionale di appartenenza:

Medico chirurgo		Logopedista	
Odontoiatra		Ortottista/assistente di oftalmologia	
Farmacista		Ostetrica/o	
Veterinario		Podologo	
Psicologo		Tecnico audiometrista	
Biologo		Tecnico audioprotesista	
Chimico		Tecnico della fisiopatologia cardiocirc.e perf. cardiovascolare	
Fisico		Tecnico della prev. nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	
Assistente sanitario		Tecnico della riabilitazione psichiatrica	
Dietista		Tecnico di neurofisiopatologia	
Educatore professionale		Tecnico ortopedico	
Fisioterapista		Tecnico sanitario di radiologia medica	
Igienista dentale		Tecnico sanitario laboratorio biomedico	
Infermiere		Terapista della neuro e psicomotricità dell'età ev.	
Infermiere pediatrico		Terapista occupazionale	
Altro: specificare.....			

Segue sul retro

Se medico chirurgo indicare con X la disciplina (o le discipline) di appartenenza:

Allergologia ed immunologia clinica		Chirurgia toracica	
Angiologia		Chirurgia vascolare	
Cardiologia		Ginecologia e ostetricia	
Dermatologia e venereologia		Neurochirurgia	
Ematologia		Oftalmologia	
Endocrinologia		Ortopedia e traumatologia	
Gastroenterologia		Otorinolaringoiatria	
Genetica medica		Urologia	
Geriatria		Anatomia patologica	
Malattie metaboliche e diabetologia		Anestesia e rianimazione	
Malattie dell'apparato respiratorio		Biochimica clinica	
Malattie infettive		Farmacologia e tossicologia clinica	
Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza		Laboratorio di genetica medica	
Medicina fisica e riabilitazione		Medicina trasfusionale	
Medicina interna		Medicina legale	
Medicina termale		Medicina nucleare	
Medicina aeronautica e spaziale		Microbiologia e virologia	
Medicina dello sport		Neurofisiopatologia	
Nefrologia		Neuroradiologia	
Neonatologia		Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	
Neurologia		Radiodiagnostica	
Neuropsichiatria infantile		Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	
Oncologia		Igiene degli alimenti e della nutrizione	
Pediatria		Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	
Psichiatria		Medicina generale (medici di famiglia)	
Radioterapia		Continuità assistenziale	
Reumatologia		Pediatria (pediatri di libera scelta)	
Cardiochirurgia		Scienza dell'alimentazione e dietetica	
Chirurgia generale		Direzione medica di presidio ospedaliero	
Chirurgia maxillo-facciale		Organizzazione dei servizi sanitari di base	
Chirurgia pediatrica		Medicine alternative	
Chirurgia plastica e ricostruttiva			

Se farmacista indicare con X la disciplina di appartenenza:		Se veterinario indicare con X la disciplina di appartenenza:	
Farmacia ospedaliera		Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	
Farmacia territoriale		Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. alimenti di origine animale e derivati	
		Sanità animale	

Se psicologo indicare con X la disciplina di appartenenza:	
Psicoterapia	
Psicologia	

I dati sopra riportati saranno utilizzati ai soli scopi amministrativi legati alla rendicontazione delle attività formative. E' esclusa ogni forma di cessione dei dati per scopi commerciali o pubblicitari. Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della L. 196/2002.

Data _____ Firma leggibile _____