

Direttore Scientifico del Corso
OSVALDO PIRANI, JESI

Relatori

TERESA ABBATTISTA, SENIGALLIA
PAOLO BUSILACCHI, ANCONA
ROBERTO CATALINI, ANCONA
MASSIMO DOLCIOTTI, ANCONA
ALESSANDRA MAZZARINI, ANCONA

Sede del Corso
HOTEL EXCELSIOR LA FONTE PORTONOVO (AN)

Si ringrazia SAMSUNG per il grant educazionale

**L'ecografia nell'ambulatorio del Medico di
Medicina Generale:**
un utile strumento a vantaggio del paziente



2 Ottobre 2015

Hotel Excelsior La Fonte

Portonovo (AN)

ECM

Il Corso dà diritto a 4 CREDITI ECM

**Il Corso è a numero chiuso: Accredimento ECM per 100 medici
Si ricorda che l'erogazione dei crediti prevede il 100% della presenza
e almeno 70% delle risposte esatte nei quiz di valutazione finale**

Provider

Dental Campus

Provider ID. 2760

Via del Consorzio, 39 60015 Falconara (AN)

Tel. 071.918469 – Fax 071.9162845

segreteria@dentalcampus.it - [Web: dentalcampus.it](http://dentalcampus.it)

Segreteria Organizzativa



Service Ancona

Piazza Cavour, 13 – 60121 Ancona

Tel. 071.2076090 – Fax 071.2084972

www.serviceancona.it – serviceancona@gmail.com

14.30 Registrazione dei partecipanti

15,00 Urgenze Addominali non Traumatiche

Paolo Busilacchi (Ancona)

16,00 Urgenze Vascolari

Roberto Catalini (Ancona)

16,45 Ecografia dei Tessuti Superficiali

Teresa Abbattista (Senigallia)

17,30 Casistica Clinica del Medico di Medicina Generale

Massimo Dolciotti, Alessandra Mazzarini (Ancona)

18,30 Discussione

19,00 Test di Valutazione dell'apprendimento

**Modulo d'iscrizione
da compilare in stampatello**
**“L'ECOGRAFIA NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: UN
UTILE STRUMENTO A VANTAGGIO DEL PAZIENTE”**
Hotel Excelsior La Fonte Portonovo (AN)
2 Ottobre 2015

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo Via / Piazza _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ fax. _____

E-mail _____

Cod. fisc. _____

Iscr. Albo n° _____ Prov. _____

Specializzazione _____

Posizione Lavorativa Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Inviare la scheda di adesione a mezzo fax al n. 071.2084972, o tramite email serviceancona@gmail.com

Consenso trattamento dati personali (D.L. 196/2003)

- Autorizzo l'uso dei dati
- Non autorizzo l'uso dei dati

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Ivo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

La informiamo che i dati forniti mediante la compilazione del presente stampato verranno utilizzati per i **fini ECM**, tra cui la pubblicazione nella Banca Dati del sito Agenas, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti", pertanto, il conferimento dei predetti dati è **obbligatorio**, non potendosi diversamente procedere alle operazioni di cui sopra. I suoi dati personali verranno, pertanto, **comunicati** a Dental Campus srl in qualità di provider, al Ministero della Sanità, al Comitato Organizzatore -. Su suo espresso e facoltativo consenso, i Suoi dati personali verranno inoltre comunicati alle Ditte partecipanti al congresso, per scopi pubblicitari.

Tali dati verranno **trattati mediante strumenti informatici e mediante strumenti diversi da quelli informatici** dalla Service Ancona - Piazza Cavour, 13- 60121 Ancona / Fax 071.208497 e dal provider Dental Campus srl - provider n. 2760, Via del Consorzio 39, 60015 Falconara (AN), **titolari del trattamento**. In qualsiasi momento potrà ottenere, mediante richiesta ai titolari del trattamento, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge; La informiamo, inoltre, che in qualsiasi momento potrà opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, al trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta o compimento di ricerche di mercato.

LETTA L'INFORMATIVA DI CUI SOPRA

Accenso (consenso obbligatorio) al trattamento dei miei dati personali, autorizzando i titolari del trattamento alla comunicazione degli stessi al Ministero della Sanità, al Comitato Organizzatore

Data _____

Firma _____

Segreteria Organizzativa
Service Ancona
Piazza Cavour 13 - 60121 Ancona
Tel.: +39 071 2076090 - Fax: +39 0712084972
P.I. 02591680422
email: serviceancona@gmail.com - Web: www.serviceancona.it

Provider
Dental Campus Provider ID. 2760
Sede Legale: Via del Consorzio, 39 60015 Falconara (AN)
Tel.: +39 071 918469 - Fax: +39 071 9162845
P.I./C.F. 02514780424
email: segreteria@dentalcampus.it - Web: dentalcampus.it

Il presente modulo dovrà essere compilato in maniera leggibile in tutte le sue parti e restituito alla segreteria al termine del corso.

Cognome _____

Nome _____

Professione _____ Specializzazione _____

(barrare la propria posizione): Libero Professionista / Dipendente / Convenzionato

Iscrizione Albo n. _____

Indirizzo _____ N _____

Città' _____ Prov _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ Cell _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Codice Fiscale _____

P.iva _____

Indirizzo E-MAIL _____

Riceve GIA' il nostro materiale cartaceo, opuscoli e brochure? (fare crocetta) SI NO

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del DL 196 del 30/06/2003
Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali**

Con riferimento alle disposizioni dell'articolo 13 del DL 196 del 30/06/2003 Vi informiamo che i dati personali indicati nella presente scheda a noi conferiti saranno trattati esclusivamente in relazione a quanto disposto dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma nazionale di educazione Continua in Medicina (E.C.M.) dove il conferimento dei dati stessi è obbligatorio. I dati saranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico.

Il responsabile del trattamento dei dati è la Sig.ra Valentina Sanguigni in qualità di legale rappresentante della DENTAL CAMPUS Via del Consorzio, 39 60015 Falconara (AN).

Lei può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del DL 196 del 30/06/2003 nei limiti e nelle condizioni previste dallo stesso DL. In caso di rifiuto al trattamento dei dati saremo impossibilitati al rilascio dell'attestato con l'attribuzione dei crediti. Dichiaro di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del DL 196/2003 ed esprimo il mio consenso al trattamento e alla comunicazioni dei miei dati per le finalità e per la durata prevista dalla normativa e dei regolamenti in materia di formazione continua in medicina

Data _____

Firma _____