CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO - ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - AVIANO
Via F. Gallini, 1 - 33081 AVIANO (PN) - Segreteria Servizio Formazione: tel. 0434.659830 - Fax: 0434.659864

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO RESIDENZIALE

Data corso: 14 dicembre 2009

Titolo corso: From pharmacogenetics to personalized cancer therapy

Codice Fiscale

Cognome ..... Nome ..... M ☐ F ☐

INDIRIZZO PRIVATO: Via ..... N° .....

CAP ☐☐☐☐☐ Città ..... Prov ☐☐

E-Mail ..... @ ..... Telefono .....

Data di nascita ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Luogo ..... Prov ☐☐

Qualifica (inquadramento aziendale - Es: borsista - dirigente medico - assistente amministrativo - ecc...).....

Struttura di appartenenza (Es: CRO - ecc...).....SOC/SOS.....

Crediti ECM: ☐ si ☐ no

ECM - PROFESSIONE/disciplina (dove richiesto contrassegnare la disciplina):

☐ MEDICO CHIRURGO:

- ☐ Area interdisciplinare
- ☐ Angiologia
- ☐ Cardiologia
- ☐ Chirurgia plastica/ricostruttiva
- ☐ Continuità assistenziale
- ☐ Ematologia
- ☐ Gastroenterologia
- ☐ Ginecologia/ostetricia
- ☐ Malattie apparato respiratorio
- ☐ Medicina/sicurezza del lavoro
- ☐ Medicina fisica/riabilitativa
- ☐ Medicina legale
- ☐ Medicina trasfusionale
- ☐ Nefrologia
- ☐ Neurofisiopatologia
- ☐ Neuroradiologia
- ☐ Org. Servizio Sanitario di base
- ☐ Patologia clinica (lab. analisi)
- ☐ Radiodiagnostica
- ☐ Scienze alimentaz/dietetica
- ☐ Allergologia/immunologia clinica
- ☐ Biochimica clinica
- ☐ Chirurgia maxillo-facciale
- ☐ Chirurgia toracica
- ☐ Dermatologia/venerologia
- ☐ Endocrinologia
- ☐ Genetica medica
- ☐ Igiene alimenti/nutrizione
- ☐ Malattie infettive
- ☐ Medicina sportiva
- ☐ Medicina generale
- ☐ Medicina nucleare
- ☐ Medicine alterantive
- ☐ Neonatologia
- ☐ Neurologia
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Ortipedia/traumatologia
- ☐ Pediatria
- ☐ Radioterapia
- ☐ Urologia
- ☐ Anestesia/rianimazione
- ☐ Cardiochirurgia
- ☐ Chirurgia pediatrica
- ☐ Chirurgia vascolare
- ☐ Direz. medica presidio ospedaliero
- ☐ Farmacol/tossicologia clinica
- ☐ Geriatria
- ☐ Laboratorio genetica medica
- ☐ Malatt. metaboliche/diabetologia
- ☐ Med/chir accettazione/urgenza
- ☐ Medicina interna
- ☐ Medicina termale
- ☐ Microbiologia/virologia
- ☐ Neurochirurgia
- ☐ Neuropsichiatria infantile
- ☐ Oncologia
- ☐ Otorinolaringoiatria
- ☐ Pediatria (P. di libera scelta)
- ☐ Reumatologia

☐ ODONTOIATRIA: Odontoiatria

☐ FARMACIASTA:	☐ Area interdisciplinare	☐ Farmacia ospedaliera	☐ Farmacia territoriale
☐ VETERINARIO:	☐ Igiene allevamenti/produz.zootecnica	☐ Igiene alimenti	☐ Sanità animale
☐ PSICOLOGO:	☐ Area interdisciplinare	☐ Psicologia	☐ Psicoterapia

- ☐ CHIMICO: Chimica analitica
- ☐ ASSISTENTE SANITARIO
- ☐ FISIOTERAPISTA
- ☐ INFERMIERE PEDIATRICO
- ☐ TECNICO PREVENZIONE
- ☐ FISICO: Fisica sanitaria
- ☐ DIETISTA
- ☐ IGIENISTA DENTALE
- ☐ LOGOPEDISTA
- ☐ TECNICO RADIOLOGIA MEDICA
- ☐ BIOLOGO
- ☐ EDUCATORE PROFESSIONALE
- ☐ INFERMIERE
- ☐ OSTETRICA/O
- ☐ TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO

☐ ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DEI CREDITI

☐ ALTRO (specificare).....

INFORMATIVA SULLA PRIVACY: La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lsg 196/2003, che il Servizio Formazione del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano procederà al trattamento cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi aziendali, dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela dei dati personali, esclusivamente al fine di espletare le finalità previste dal D.Lsg 229/99 (istituzione del Sistema Nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Deliberazione n. 1091 del 17/04/2003 della Regione Friuli Venezia Giulia (istituzione del Sistema Regionale ECM). Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia, l'incompleta compilazione della presente scheda di iscrizione può comportare l'impossibilità di inserire il nominativo nella BancaDati Gestionale ECM per l'iscrizione al corso e/o attribuire i crediti formativi, come da indicazioni della Commissione Regionale ECM.

FIRMA.....