**“La violenza sugli operatori sanitari Inail: dalla prevenzione alla gestione dell’aggressione – DR Calabria”**

**Dati Anagrafici\***

Codice Fiscale ………………………………………………………………………………………………………….…………

Cognome e Nome ………………………………………………………………………………….………………..………

Nato/a il (gg/mm/aaaa) …………..……… a ….……………………..……………………(Provincia)………..

**Residenza e Recapiti\***

Indirizzo ………………..……………………………………………………………………………………………….……...

CAP ……………… Comune ……………………………………….…….…… Provincia ……………..…...………

Cellulare ………………………………………………………………………………………………………………………..…

E-mail …………………………………………………………………………………………………………..………………….

PEC ……………………………………………………..……………………………………………………………………………

Ruolo nell'azienda ……………………………………..…………………………………………………………………...

Figura professionale …………………………………….……………………………………………….…………………

Richiesta crediti **ECM** SI 󠄀󠄀 NO 󠄀󠄀

Professione e disciplina ECM………………………………………………………………………………………………

**Reclutamento\*\***

Reclutato SI 󠄀󠄀 Nome dell’Azienda ………………………………………………………………………………

Ho superato il limite di un terzo dell’obbligo formativo mediante reclutamento:

SI 󠄀󠄀 NO 󠄀󠄀

Reclutato NO 󠄀󠄀

*\*I dati saranno trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della privacy (Regolamento UE 679/2016, D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni).*

*\*\*Si considera 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 (Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome 02/02/2017, Art. 8, c. 1).*