

**PROFILASSI E TERAPIA DEGLI EFFETTI COLLATERALI E  
COMPLICANZE DEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO ESCLUSIVO  
O DI ASSOCIAZIONE NELLE NEOPLASIE DEL TESTA-COLLO**

*Statte (TA), 25 Novembre 2017*

*Sala convegni Ospedale "San Giuseppe Moscati" (parte teorica)*

*Ambulatori U.O. Radioterapia Oncologica Ospedale "San Giuseppe Moscati" (parte pratica)*

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**MEDICO CHIRURGO specialista in:**

ONCOLOGIA     OTORINOLARINGOIATRIA     RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

**INFERMIERE**

**TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA**

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**Dati necessari per ECM**

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO AB. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) \_\_\_\_\_

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n.150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_