|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME****COGNOME** | **PROFESSIONE** | **DISCIPLINA** | **ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE** | **DESCRIZIONE ATTVITA’PROFESSIONALE/FORMATIVA**  |
| Mario Rossi | Medico Chirurgo | Nefrologia |  Azienda Ospedaliera xxxx  | Dal 2012 al 2017 Dirigente presso Servizio di Dialisi della Azienda Ospedaliera xxxxxDal 2017 ad oggi Direttore UOC Nefrologia Azienda Ospedaliera xxxxDal 2016 Presidente Associazione Tecnico scientifica xxxxxxxAnno Accademico 2006/2007 Dottorato di ricerca in xxxxxx[...][[1]](#footnote-1) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il provider, ai sensi dall’ art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall’art. 76, dichiara:

-   di aver fornito all’interessato l’informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 “La formazione continua nel settore salute”- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l’Erogazione di Eventi ECM);

-   di aver informato l’interessato che il programma dell’evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall’ente accreditante;

1. Modello a titolo esemplificativo [↑](#footnote-ref-1)