**DICHIARAZIONE PARTECIPANTE**

**TITOLO EVENTO:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*inserire titolo dell’evento*)**

**ID evento:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di partecipante all’evento di cui sopra

DICHIARA

Di essere interessato ad ottenere i crediti ECM abbinati a questo evento formativo

*OPPURE*

Di non essere interessato ad ottenere i crediti ECM abbinati a questo evento formativo

Di essere stato stato reclutato[[1]](#footnote-1) da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(inserire nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)

*OPPURE*

Di non essere stato reclutato da alcuna impresa commerciale operante in ambito sanitario.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

Inoltre dà il consenso alla pubblicazione dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016. Per maggiori informazioni è consultabile la pagina [Privacy Policy ECM](https://ecm.agenas.it/privacy-policy)

Data e firma

1. Ai sensi dell’art. 80 dell’Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti e indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario. [↑](#footnote-ref-1)