

II

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Mario Rossi	Medico Chirurgo	Nefrologia	Azienda Ospedaliera xxxx	Dal 2012 al 2017 Dirigente presso Servizio di Dialisi della Azienda Ospedaliera xxxxx Dal 2017 ad oggi Direttore UOC Nefrologia Azienda Ospedaliera xxxx Dal 2016 Presidente Associazione Tecnico scientifica xxxxxxxx Anno Accademico 2006/2007 Dottorato di ricerca in xxxxxx [...] ¹

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