

Il sottoscritto.....in qualità di partecipante all'evento ECM ID, denominato “.....” dichiara di essere stato reclutato*:

- Sì, da (indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)
- No.

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

**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 ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*