



Struttura di Formazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

* Cognome _____

* Nome _____

* Luogo e data di nascita _____

* Professione _____ Disciplina _____

* Unità Operativa _____

* Ente di appartenenza _____

* Dipendente

* Convenzionato

* Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*** Indirizzo privato**

* Via/Piazza _____ * N. _____

* CAP _____ * Località _____ * Provincia _____

* Telefono _____ * Cellulare _____

* Posta elettronica _____

*Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a

OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE ED. del 22 e 23 MAGGIO 2013

NB.

- 1) Il rilascio della certificazione dei crediti ECM, è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo e alla verifica dell'apprendimento ;
- 2) La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Il Partecipante

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti per finalità di gestione amministrativa del Corso suddetto;

FIRMA