

Titolo del corso: **“Impazzire si può”**
Edizione del: **24 – 25 giugno 2013**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(INVIARE PER FAX AL NR. 040 3997363)

DIPENDENTE ASS 1

Cognome _____ **Nome** _____

Struttura Operativa _____

Professione ECM/NON ECM (se medico specificare la specializzazione)

Recapiti tel.: lavoro _____ **cell.** _____

(si prega di fornire tutti i recapiti utili ad essere rintracciati per comunicazioni, anche urgenti, inerenti il corso).

Indirizzo di posta elettronica _____

Data _____ **Firma** _____

- Aggiornamento obbligatorio _____
- Aggiornamento facoltativo _____
- Altro (specificare) _____

Firma per autorizzazione del Responsabile:

NON DIPENDENTE ASS 1

Cognome _____ **Nome** _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____ **CAP e Sigla Provincia** _____

Recapiti tel.: lavoro _____ **cell.** _____

(si prega di fornire tutti i recapiti utili ad essere rintracciati per comunicazioni, anche urgenti, inerenti il corso).

Indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____

Professione ECM/NON ECM (se medico specificare la specializzazione)

Ente d'appartenenza _____

Struttura Operativa (reparto) _____

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del L.Lgs. 196/2003, che il Servizio Formazione e Qualificazione del Personale dell'ASS 1 Triestina procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Data _____ **Firma** _____