

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 \_\_\_\_\_