

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Progetto/Evento Formativo

“Titolo _____ **”**

Luogo e data _____

Segreteria Organizzativa: _____

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale * _____

Qualifica _____

Struttura di appartenenza _____

Rep. o Serv. _____

Indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni : _____

recapito tel. _____

E-mail: _____

Data _____

Firma _____

***obbligatorio ai fini dei crediti ECM**

Ufficio Formazione

e-mail: formazione@asl.brindisi.it