



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 _____

- 1) E' necessario compilare tutti i campi in stampatello.
- 2) Il rilascio della certificazione dei crediti ECM, è subordinato alla partecipazione effettiva del programma formativo e alla verifica dell'apprendimento .
- 3) 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.

*** DATI OBBLIGATORI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM (IN MANCANZA DEI QUALI GLI STESSI NON POTRANNO ESSERE RILASCIATI)**

Il Partecipante

Il Direttore di Struttura
(firma leggibile e timbro)

Data _____

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei dati personali da me forniti ai sensi del D.Lgs 196/93

Data, _____

FIRMA