

**DIREZIONE GENERALE**  
**Unità Organizzativa Formazione Continua**  
**Responsabile U.O. Formazione Dott.ssa Marina Cossu**  
**collaboratori: M.A Cadau - G.G. Matteoli - P. Serra - E. Zuin**  
**email :[formazione@asloristano.it](mailto:formazione@asloristano.it)**

**“ Appropriatelyzza delle cure nel paziente anziano complesso ”**  
**Oristano 27/03/2015**

(le iscrizioni devono pervenire entro il 17/03/2015)

***dati indispensabili per l'iscrizione del partecipante***

**NOME COGNOME** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE :**

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

**QUALIFICA:** \_\_\_\_\_ **DISTRETTO** \_\_\_\_\_

**N. CODICE REGIONALE** \_\_\_\_\_

**ALBO PROFESSIONALE** \_\_\_\_\_ **N° ISCRIZ.** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO ABITAZIONE:** \_\_\_\_\_

**COMUNE/CITTÀ** \_\_\_\_\_

**RIFERIM. TELEF.** \_\_\_\_\_ **E-MAIL** \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati personali conferito viene effettuato nel rispetto di quanto stabilite dal D.Lgs. n°196/2003, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

**IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO: DIRETTORE GENERALE \* RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO: LA RESPONSABILE U.O. FORMAZIONE CONTINUA.**

**DATA**

**FIRMA DEL PARTECIPANTE**