

SCHEDA ISCRIZIONE

“Autorizzazione all’esercizio e Accreditamento Istituzionale”

Nome _____ Cognome _____ matricola n. _____

Luogo e data di nascita: _____

Area contrattuale: Dirig.za Medica e Veter.a Dirig.za sanit., tecn., prof.le e amm.va Comparto SSN

Macrostruttura (P.O., Dipart., Serv.Territ., Distretto, ecc) _____

Unità organizzativa _____

Posizione Funzionale _____ Qualifica _____

Disciplina _____

ASSL di riferimento _____

Indirizzo lavoro

Via _____ N° _____ Città/Paese _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Partecipa all' attività didattica in qualità di: Docente/Relatore Responsabile Scientifico Partecipante

Si ricorda che la compilazione della scheda è necessaria al fine di facilitare le procedure per l'assegnazione dei crediti ECM e per tutte le comunicazioni sull'attività didattica.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. n. 196/03.

Data

Firma
