

Titolo del corso:

Edizione del:

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEL CORSO)

☐ **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 _____