



SCHEDA DI ISCRIZIONE (da inviare per fax al 040 3997363)

DIPENDENTE ASS 1

Cognome _____ Nome _____

Struttura Operativa _____

Professione ECM/NON ECM _____

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 _____

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 _____