

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di formazione ASL BR – ANNO 2015

**L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA TRA NOTE AIFA, PIANI TERAPEUTICI E  
REGISTRI DI MONITORAGGIO**

Giovedì 3 Dicembre 2015

Sede ASL BR – Sala riunioni – Via Napoli, 8

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

**Codice fiscale \*** \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

**Recapito tel.** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

Compilando la presente scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**\*obbligatorio ai fini dei crediti ECM**

**Segreteria Organizzativa**

**Area Gestione Servizio Farmaceutico**

**Tel: 0831/510325 Fax: 0831/510360**

**e-mail: areafarmaceutica@asl.brindisi.it**

**serena.rosati@asl.brindisi.it**