

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Progetto Formativo

*“Root Cause analysis proattiva per la gestione del Rischio Clinico in Utin –  
modulo A”*

**Data:** dal 27 settembre al 06 dicembre 2013

**Sede:** Polo didattico P.zza A. di Summa - Brindisi

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

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

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

Qualifica \_\_\_\_\_

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

Rep. o Serv. \_\_\_\_\_

Indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni : \_\_\_\_\_

**recapito tel.** \_\_\_\_\_

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

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

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

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