AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO ECM 5 APRILE 2017:

Auditorium Padiglione Vinci Ospedale SS. Annunziata

"PERCHE' HO SCELTO IL VOLONTARIATO?
PROGETTO P.A.I.S. – SERVIZIO CIVILE E STRUTTURE PUBBLICHE"

COGNOME:

NOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

E MAIL:

QUALIFICA PROFESSIONALE *(per i medici indicare la specializzazione come da programma)*:

- ☐ Medico .....
- ☐ Psicologo
- ☐ Educatore
- ☐ infermiere
- ☐ Tecnico Riabil. Psi.
- ☐ Ass. Soc.

DIPARTIMENTO (solo dipendenti)

STRUTTURA COMPLESSA (solo dipendenti)

UNITA' OPERATIVA-SERVIZIO-UFFICIO: (solo dipendenti)

INDIRIZZO PRIVATO:

TELEFONO:

scrivere ogni lettera o numero in stampatello maiuscolo per ciascuna casella e spedire esclusivamente tramite fax
si prega di allegare copia del codice fiscale

IL RICHIEDENTE	VISTO IL COORDINATORE O DIRIGENTE (per i dipendenti ASL)	IL DIRETTORE AUTORIZZA (per i dipendenti ASL)
_____	_____	_____

I dati acquisiti dall'ufficio Formazione attraverso il presente modulo di iscrizione saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti amministrativi e organizzativi conseguenti alla richiesta di partecipazione, compresa la trasmissione dei dati per l'attribuzione dei crediti ecm. Il trattamento dei dati avverrà sia in forma cartacea che elettronica nel rispetto del D.L. della Privacy 196/2003 art. 7 e 13. L'informativa Privacy completa è consultabile presso l'Ufficio Formazione.