Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero – Universitaria
FOGGIA

Struttura di Formazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____Disciplina_____

Unità Operativa _____

Ente di appartenenza _____

Dipendente ☐

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo privato

Via/Piazza _____ N. _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

Posta elettronica _____

Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a _____

_____

1) E' necessario compilare tutti i campi in stampatello.
2) Il rilascio della certificazione dei crediti ECM, è subordinato alla partecipazione effettiva del programma formativo e alla verifica dell'apprendimento .
3) La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

DATI OBBLIGATORI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM (IN MANCANZA DEI QUALI GLI STESSI NON POTRANNO ESSERE RILASCIATI)

Il Partecipante

Il Direttore di Struttura
(firma leggibile e timbro)

Data _____ _____ _____

GARANZIA DI RISERVATEZZA
Autorizzo il trattamento dei dati personali da me forniti ai sensi del D.Lgs 196/93

Data, _____

_____
FIRMA