



Struttura di Formazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO RESIDENZIALE

* Cognome _____

* Nome _____

* Luogo e data di nascita _____

* Professione _____ Disciplina _____

* Unità Operativa _____

* Ente di appartenenza _____

* Dipendente * Libero professionista * Convenzionato

* Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Indirizzo privato

* Via/Piazza _____ * N. _____

* CAP _____ * Località _____ * Provincia _____

* Telefono _____ * Cellulare _____

* Posta elettronica _____

*Progetto Formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **5^ Formazione Continua S.U.Em. 118 2016/2017**

- ED. 1 (16/11-23/11-30/11/2016)
- ED. 2 (11/01-18/01-25/01/2017)
- ED. 3 (08/02-15/02-22/02/2017)
- ED. 4 (08/03-15/03-29/03/2017)
- ED. 5 (05/04-12/04-19/04/2017)
- ED. 6 (03/05-10/05-17/05/2017)

Infermiere Coordinatore

Il Partecipante

Il Direttore di Struttura
(firma leggibile e timbro)

Data, _____

È NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

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

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

FIRMA