|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ministero del Lavoro,****della Salute e** **delle Politiche Sociali** | logoirccs***Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia******"Saverio de Bellis"******Istituto Nazionale di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico******Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982***C.F. – P.IVA: 00565330727***via Turi, 27 70013 Castellana Grotte - Bari*** |  |
|  | **ISTITUTO CERTIFICATO EN UNI ISO 9001:2000 n°IQ-1208-14** | dasa-raegister |  |
| **Ufficio Formazione**  |

**Scheda da utilizzare per ecm**

**Titolo: CORSO DI “MEDICAL ENGLISH”**

 **Evento 1534-138348 1°  *edizione***

***Ore 14.00 -16.00***

**- Castellana Grotte 08/10/2015 – 10/12/2015**

**Cognome e nome**: .……………………………………………………….………………………..…...

**Luogo e Data di nascita**: .…………………………………….…………………………………….….

**Codice fiscale**: ……………………………………………………………………………………..….…

**Professione**: ……………………………………………………… **No iscrizione Ordine** ………….…….

**Specialista in** ……………………………………………………………………………………….………

**Posizione in ambito professionale**:

* *Libero Professionista*
* *Dipendente (precisare l’amministrazione ………….. …………………………………………..……)*
* *Collaborazione coordinata e continuativa*

**Disciplina**: .………………………………………………………………….….………………………...

Recapito telefonico: Ab. ……………..………….…………Lab. ….……………...……………………

Numero cellulare: ……………….……………………….Fax…………………….……………….……

 Indirizzo di posta elettronica: ……………………………………………………….………………….

 Indirizzo: ……………………………………………………………………………..………………….

CAP …………………Città ……………………………………….………………….. Prov. ………….

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il dettato del DLT 196 del 30/6/03 (Legge sulla privacy)

relativamente a vostre future informazioni di carattere istituzionale e formativo.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA IRCCS “SAVERIO DE BELLIS” U.O. Formazione Fax 080 4994320 formazione@irccsdebellis.it