



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 _____

*Evento Formativo al quale chiede di essere ammesso/a _____

Data, _____

FIRMA

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 .

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

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Data, _____

FIRMA