

SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTI ESTERNI ASL SENZA ONERI

(riempire tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM:			
nome			
cognome			
data nascita			
luogo nascita			
codice fiscale			
Partita IVA (se in possesso)			
residente		cap	
via/p.zza			
provincia			
telefono			
e-mail			
Ente di appartenenza e sede lavorativa			
qualifica/disciplina			

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

firma

AVVISO per operatori non dipendenti Azienda USL Toscana sud est:

Saranno attribuiti crediti formativi ECM solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda e gli attestati ECM verranno inviati via mail.