



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
n. matricola _____
Indirizzo _____ Città _____
Prov. _____ CAP _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
Struttura di appartenenza _____
Professione _____ Qualifica _____
(Per i medici specificare la disciplina)
Cod. fiscale _____

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali "Codice Privacy", autorizzo il personale del Servizio Formazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina all'utilizzo dei miei dati per tutte le operazioni e le comunicazioni relative alla frequenza e fruizione dei corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dall'Ente.

SI ; NO ;

firma _____

SI RICORDA CHE PER ACQUISIRE I CREDITI FORMATIVI ECM E' OBBLIGATORIO:

- GARANTIRE LA PRESENZA IN AULA PER L'INTERA DURATA DELL'EVENTO (100%)
- APPORRE LA FIRMA DI ENTRATA E DI USCITA SUL REGISTRO
- CONSEGNARE CORRETTAMENTE COMPILATI:
 1. IL QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO (SCOSE 75%) O PROVA SCRITTA
 2. LA SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO ECM.
 3. LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE REDATTA IN OGNI SUA PARTE

firma _____