

MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: _____

Data/e del corso: _____

Nome e Cognome: _____

Qualifica ospedaliera _____ matricola _____

Struttura: _____ Edif. N. _____

Tel. _____ e-mail: _____

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Firma _____

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____ Responsabile
del _____

autorizza il/la Sig/ra, Dr./Dr.ssa _____.

a frequentare il suddetto Corso di Formazione nelle date suesposte.

Firma _____

PARTE RISERVATA ALLA P.O. GESTIONE ATTIVITA FORMATIVE

Iscritto al corso sopraindicato in data _____

In qualità di ☐ Partecipante N°__ ☐ Riserva N°__ ☐ Uditore N°__

Sigla _____