

MODULO DI ISCRIZIONE

Corso: Rischio Clinico- Implementazione dell'attività di Clinical Risk Management nella
Prevenzione degli eventi di violenza - Implementazione della Raccomandazione
Ministeriale n.8
9 giugno 2017

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 _____