

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

PROVIDER REGIONALE ECM N.41

**MODULO DI ISCRIZIONE**

# **Titolo del corso:** Gli strumenti di prevenzione e monitoraggio delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria. DGRC 2311/2008

# **Data del corso**: 20 novembre 2020 **Orario:** 14.00 – 17.00 **Sede del Corso**: FAD su piattaforma Microsoft Teams

Nome e Cognome:

Qualifica matricola

Struttura: Edif. N.

Tel. e-mail:

Data Firma

*Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto Decreto legislativo n°101 del 2018 e* General Data Protection Regulation, UE n. 2016/679.

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