

MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso:

CONTAGIOSITÀ DELLE INFEZIONI IN PEDIATRIA E IMPATTO SUI PERCORSI ASSISTENZIALI

Data del corso: 04/03/2024

Orario: 14.00-18.00 (30 minuti post test)

Sede del Corso: Edificio 1, Aula F

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 dal 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 _____