

## 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 \_\_\_\_\_