



“Procedura per l'erogazione dell'attività formativa”

PQF 06C Allegato 6

Scheda di iscrizione partecipanti esterni ASL senza oneri (riempire tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM: _____

Nome _____

Cognome _____

Data nascita _____

Luogo nascita _____

Codice fiscale _____

Partita IVA (se in possesso) _____

Residente _____ cap _____

Via/P.zza _____

Provincia _____

Telefono _____

e-mail _____

Ente di appartenenza e sede lavorativa _____

qualifica/disciplina _____

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

data _____

Firma _____

AVVISO per operatori non dipendenti Azienda USL Toscana sud est :
Saranno attribuiti crediti formativi ECM solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda e gli attestati ECM verranno inviati via mail.