

<i>Mod. 7</i>	Azienda Sanitaria Locale (L.R. 25 - 10 - 1994 n. 72) 66100 CHIETI Cod. Fisc.Part. IVA 01705480695	
Scheda iscrizione evento formativo aziendale – personale dipendente		

Evento n°	
Titolo	
Luogo e Data	

<i>Dati anagrafici del Partecipante</i>	
Cognome	
Nome	
N° di Matricola Aziendale	
Codice Fiscale (Facoltativo)	
Professione	
Disciplina	
Reparto e telefono interno	
Presidio o Ente d'Appartenenza	
Unità operativa/servizio di appartenenza	
Recapito Telefonico	
Numero di Cellulare	
Indirizzo posta elettronica	
Crediti ECM acquisiti nel corrente anno	

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Dirigenza Medica-Veterinaria-Sanitaria-Tecnica Amm.va e Prof.le

Le domande vanno compilare ed inviate direttamente all'Ufficio Formazione via fax: 0871-899320 (int. 5320) - Da inviare entro 10 gg prima dell'evento.

Personale del comparto

Gli iscritti verranno individuati direttamente dai referenti per la formazione di ciascun presidio in accordo con i coordinatori. Il modello firmato verrà consegnato al referente per la formazione. I referenti per ciascuna unità operativa/servizio sono individuabili sul sito aziendale www.aslchieti.it al link ricerca aggiornamento.

Con la presente inoltre il/la sottoscritto/a ai sensi del Decreto Legislativo 196 / 2003 Autorizza codesto Ufficio al Trattamento dei propri dati al fine esclusivo della formazione professionale inclusa la loro trasmissione alla segreteria ECM del Ministero della Salute e/o terzi convenzionati con l' Azienda e la loro diffusione all'atto della pubblicazione dell'elenco dei partecipanti pre-iscritti.

FIRMA _____
Dipendente

FIRMA _____
Direttore /Coordinatore U.O./Servizio