



AZIENDA OSPEDALIERA
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
“GARIBALDI”

SCHEDA DI ISCRIZIONE PER PROGETTO/EVENTO ECM

“Il rischio biologico in ospedale”

Sala “Dusmet”, ARNAS “Garibaldi” Sede

EDIZIONE DEL GIORNO _____ 15 _____ MESE _____ novembre ____ ANNO 2017

RICHIESTA DATI DEI PARTECIPANTI

(si prega di compilare in stampatello tutte le informazioni richieste)

E INVIARE al FAX 4096

CODICE FISCALE

Cognome e Nome.....

Professione.....Specializzazione.....

Presidio Ospedaliero.....Unità Operativa/Servizio.....

Telefono lavoro/casa..... Cellulare.....

Comune di NascitaProv Data di Nascita

e-mail.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, dichiara sotto la propria responsabilità

di essere iscritto all’**Ordine** **Collegio**

ASS. prof.li.....**della Prov.**.....**NUMERO**.....

Catania, li _____

Firma del Responsabile U.O.

Firma del partecipante

I dati raccolti sono strettamente confidenziali, verranno utilizzati a fini statistici e trattati nel rispetto della Legge sulla Privacy (D.Lgs 196/2003)

Firma del partecipante