



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

**SCHEDA DI ISCRIZIONE PER PROGETTO/EVENTO ECM**

**“I RISCHI SPECIFICI NEGLI AMBIENTI OSPEDALIERI”**

*Sala “Dusmet”, “ARNAS Garibaldi” sede*

EDIZIONE DEL GIORNO \_\_\_\_\_ 23 \_\_\_\_\_ 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 Nascita .....Prov ..... 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