CORSO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER RLS IN SANITÀ E NELLA RICERCA BIOMEDICA

3 - 10 - 17 - 24 NOVEMBRE 2016

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Medico (disciplina_____)

☐ Biologo ☐ Chimico ☐ Dietista ☐ Farmacista ☐ Fisico ☐ Infermiere

☐ Ostetrico ☐ TSLB ☐ TSRM ☐ Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

☐ Altro_____

Azienda Ospedaliera _____

_____Città_____Prov_____

Iscrizione a: ☐ **Corso di formazione (4 giornate - 32 ore)**

☐ **Corso di aggiornamento (24 novembre 2016 - 8 ore)**

☐ **Allego copia bonifico di €** _____ ☐ **Iscrizione gratuita, personale Fond. IRCCS Pol. San Matteo**

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo

Privato_____Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

DATI FATTURAZIONE ☐ **coincidono con i DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**

☐ **diversi dai DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

RAGIONE SOCIALE_____

INDIRIZZO: _____ _____

CAP _____ CITTA' _____PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data_____ Firma_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa
via mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508)

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia