**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “ SANTOBONO - PAUSILIPON”**

**PROVIDER REGIONALE ACCREDITATO E.C.M. n. 33**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE/ANAGRAFICA – PERSONALE INTERNO**

EVENTON. **33-3425 del 07/10/2019**

**Sede Amministrativa II° Piano - Via della Croce Rossa, 8 - Napoli**

TITOLO**: PER UNA BIOETICA DELLA VULNERABILITA': IL PRINCIPIO DI SOLIDARIETA'**

**CREDITI ECM ASSEGNATI: 3,60**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | Nome: |  |
| Data di Nascita: |  | Luogo: |  | Prov: |  |
| Codice Fiscale: |  |
| Domicilio: |  | N.: |  |
| C.A.P.: |  | Comune: |  | Prov: |  |
| Professione: |  |
| Disciplina: |  |
| Iscrizione Ordine/Collegio | Provincia: |  | Numero Tessera: |  |
| U.O.: |  | Tel. Int.: |  |
| Cellulare: |  | e-mail: |  |

**Il progetto formativo è destinato a n. 50 partecipanti di tutte le professioni.**

**La Formazione in orario di servizio deve essere rilevata anche con il badge, digitando il numero 2 prima della marcatura, in ingresso e in uscita.**

|  |
| --- |
| **Dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.****Si autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 della normativa U.E. 679/2016 GDPR..** |
| Data: | 16/09/2019 | Firma richiedente: |  |
| Nulla osta del Direttore/Coordinatore: Senza il nulla osta l’iscrizione non sarà registrata |  |

**Compilare la scheda, farla autorizzare dal diretto responsabile, e trasmetterla, entro due giorni feriali prima dell’inizio del corso, ad uno dei seguenti recapiti:**

***mail:* formazionesantobono@virgilio.it *fax:* 081 220 5192**

*( Memorizzare l'indirizzo email nei contatti della propria rubrica )*

**Per ulteriori informazioni consultare il programma pubblicato sul sito aziendale o chiamare 5296 5394 5395**