

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

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

**SCHEDA DI ISCRIZIONE – PERSONALE INTERNO**

EVENTON. **no ecm-** EDIZIONE N**. 2**  **25/10/2019**

**Palabimbo - P.O. Santobono - Via Mario Fiore, 6 - Napoli**

TITOLO**: BLSD LAICI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | Nome: |  |
| Data di Nascita: |  | Luogo: |  | Prov: |  |
| Codice Fiscale: |  |
| Domicilio: |  |
| C.A.P.: |  | Comune: |  | Prov: |  |
| Professione: |  |
| Disciplina: |  |
| U.O.: |  | Tel. Int.: |  |
| Cellulare: |  | e-mail: |  |
| **Il progetto formativo è destinato a n. 30 partecipanti delle professioni NON SANITARIE. Iscriversi SOLO SE SI E’ CERTI DI PARTECIPARE E DI ASSICURARE LA PRESENZA PER L’INTERA DURATA DEL CORSO. Il mancato rispetto di queste condizioni verrà registrato e dopo 2 assenze, senza giustificazione, le iscrizioni ai successivi eventi formativi saranno accettate CON RISERVA. 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: | 10/10/2019 | Firma richiedente: |  |
| Nulla osta del Direttore/Coordinatore:Senza il nulla osta l’iscrizione non sarà registrata |  |

**Compilare la scheda 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 mail nei contatti della propria rubrica )*

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