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

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

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

EVENTON. **33-2912** EDIZIONE N**. 1** del **13/11/2018**

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

TITOLO**: IL COMITATO ETICO TRA RICERCA E PRATICA CLINICA**

**CREDITI ECM ASSEGNATI: 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: |  |
| **Dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.****Si autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del Dlgs. n. 196/03 per i fini istituzionali.** |
| Data: | 25/10/2018 | Firma richiedente: |  |
| Nulla osta del Direttore/Coordinatore: Senza il nulla osta l’iscrizione non sarà registrata |  |

**Il progetto formativo è destinato a n. 80 partecipanti di tutte le professioni Compilare la scheda, farla autorizzare dal diretto responsabile, e trasmetterla, entro due giorni feriali prima dell’inizio del corso, ai seguenti recapiti:**

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

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

**Per ottenere i crediti ECM assegnati, è necessario assicurare la propria presenza per l’intera durata del corso. La presenza sarà rilevata mediante firma di ingresso e di uscita e mediante badge digitando il codice 2 prima della marcatura in ingresso ed uscita. Per altre informazioni consultare il programma pubblicato sul sito aziendale o chiamare 5296 5394 o 5395**