



(compilare tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM:

nome

cognome

data nascita

luogo nascita

codice fiscale

partita IVA (se in possesso)

residente

cap

via/p.zza

provincia

telefono

e-mail

Ente di appartenenza e sede lavorativa

qualifica/disciplina

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

firma

AVVISO PER OPERATORI NON DIPENDENTI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST:

Saranno attribuiti crediti formativi ECM solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda e gli attestati ECM verranno inviati via mail.