

AZIENDA ULSS N. 20 DI VERONA

Evento: VEN-FOR

Titolo: **Criteria di richiamo all'approfondimento diagnostico.
Indicazione alla diagnostica invasiva**

Edizione: **10.12.2010**

Sede: Sala Convegni P.O. Marzana, Piazza R. Lambranzi, 1 – 37142 Marzana
(Verona)

SCHEDA DATI ANAGRAFICI PER ISCRIZIONE PARTECIPANTI

si prega compilare ogni parte, scrivendo in modo leggibile,
e di inviare al nr. di fax 045 8075293 o a formazionecps@ulss20.verona.it

Nome _____

Cognome _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____

data nascita _____

Residenza _____

C.A.P. (Codice Avviamento Postale) _____

Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Ruolo:

Partecipante Docente Tutor Relatore Animatore di formazione Segr. Scientifica

Professione _____

Disciplina _____

Ordine o Collegio o Associazione Professionale _____

della provincia o Regione _____ Provincia in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN Azienda:

Convenzionato del SSN Azienda:

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

Data _____
