**SCHEDA D’ISCRIZIONE ECM**

**SEMINARIO**

**“La riorganizzazione delle cure primarie in Sardegna, il ruolo dell’infermieristica del territorio e di comunità”**

***7 ottobre 2016***

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Chiede di iscriversi al Corso ECM citato in titolo.***

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRA’ ESSERE INVIATA:

- VIA FAX AL NUMERO Fax 0784230711

- E/O SCANNERIZZATA ED INVIATA VIA E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO:

**amministrazione@uninuoro.it**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Corsista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (FIRMA LEGGIBILE)

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):**

L'iscrizione al corso prevede l'accettazione del trattamento dei dati in base al dlgs 196/03, i dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l'inserimento nel sistema di educazione continua in medicina. il rifiuto al trattamento dei dati non permette l'iscrizione all'evento con la sottoscrizione della presente l’interessato fornisce il consenso all’invio di comunicazioni commerciali ai sensi dell’art. 130 n.1 (d.lgs n. 196/03) ed alla pubblicizzazione di future iniziative di formazione.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA PER ACCETTAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_