S.C. Formazione, Accreditamento ECM

Modulo Richiesta di partecipazione ai Progetti Formativi

**Compilare con carattere stampatello maiuscolo Le domande incomplete non saranno accettate**

**Al Direttore SC Formazione Accreditamento ECM**

Il/La Sottoscritta/o

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Codice Fiscale Indirizzo di Residenza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CAP Città

Telefono Cellulare e-mail

Professione Eventuale Disciplina ECM

Dipendente del Servizio Sanitario Regionale **SI NO**

***SEZIONE DA COMPILARE SOLO DAI DIPENDENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE***

Dipendente a tempo Indeterminato/Determinato Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) Azienda Sanitaria Regionale di appartenenza In servizio presso U.O./Servizio Sede di lavoro

CHIEDE

# di partecipare al Progetto Formativo:

TITOLO **CAV – CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE**

SEDE DI SVOLGIMENTO O FAD SINCRONA **3 - 9 - 16 MAGGIO FAD SINCRONA E IL 23 MAGGIO IN PRESENZA A ORISTANO**

# Data Firma

Firma del Coordinatore dell’U.O*. (per il personale dipendente del comparto)*

Firma del Direttore di Struttura *(per il personale dipendente)*

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all’assegnazione dei crediti formativi.

Firma per consenso