SCHEDA ANAGRAFICA

**SC Formazione e Accreditamento ECM**

Dramma e Psiche:L’ipnosi tra leggende e verità

***sede del corso Aula Fiorentino PO Sirai - Carbonia***

( cod. accredit. 4202 ) CREDITI ECM 17.7

Date: unica edizione 2 giornate 19 e 26 maggio 2023 orari 8./13 -14.30/16.30

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Macrostruttura (P.O., Dipart., Serv.Territ., Distretto, ecc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unità organizzativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizione Funzionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cat. Profess.le E.C.M.: 🞎 Veterinario 🞎 Tecnico della Prevenzione

🞎 Dipendente ASSL Sulcis AREA Salute Mentale 🞎 In Convenzione Asl

🞎 Libero Professionista 🞎dipendente a tempo determinato

Indir. abitazione:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_ Città/Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_

Indirizzo lavoro

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_ Città/Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Codice Fiscale* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

firma del coordinatore

dell’unita’ operativa (solo per il personale del comparto)

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

firma del direttore di struttura

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

*Si ricorda che la compilazione della scheda è necessaria al fine di facilitare le procedure per l’assegnazione dei crediti ECM e per tutte le comunicazioni sull’attività didattica.*

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. n. 196/’03.

*Carbonia,*

*Firma ----------------------------------------*

*Da inviare compilata in ogni parte alla mail :* [*formazione.aslsulcis@aressardegna.it*](mailto:formazione.aslsulcis@aressardegna.it)