SCHEDA ANAGRAFICA

**SC Formazione e Accreditamento ECM**

 Prevenzione degli incidenti domestici in età pediatrica

***sede del corso Sala Conferenze Biblioteca Comunale Pietro Doneddu -Carbonia***

( cod. accredit. 4168 ) CREDITI ECM 4.0

Date: 24 giugno 2023 orari 9.00/13.00

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.:

🞎 Dipendente ARES/ASSL Sulcis 🞎 In Convenzione Asl 🞎 Dipendente altra ASSL o ente pubblico

🞎 Libero Professionista 🞎dipendente a tempo determinato 🞎MMG 🞎 ALTRO

Indir. abitazione:

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

Indirizzo lavoro

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

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

firma del coordinatore

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

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

firma del direttore di struttura

**inviare modulo via mail : sisp.sistemisorveglianza@aslsulcis.it**

*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*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*