SCHEDA ISCRIZIONE

**SC Formazione e Accreditamento ECM**

APPROFONDIMENTI TEORICO-CLINICI E SUPERVISIONE EMDR NEI SERVIZI

***sede del corso Aule Formazione Emergenza\_Urgenza PO S.Barbara Iglesias***

( cod. accredit.4658 ) CREDITI ECM 50.0

Inviare mail a: corsiformazione.aslsulcis@aressardegna.it

Data:12 APRILE-17 MAGGIO-31 MAGGIO-28 GIUGNO-13 SETTEMBRE- 27 SETTEMBRE-11OTTOBRE-25 OTTOBRE-15 NOVEMBRE-29 NOVEMBRE DALLE ORE 9 ALLE ORE 13.15

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

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

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

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

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

Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 IN POSSESSO DEL CERTIFICATO DI 1° LIVELLO EMDR

🞎 Dipendente ARES/ASSL Sulcis 🞎 Dipendente altra ASSL o ente pubblico

🞎 Libero Professionista 🞎dipendente a tempo determinato

Indir. abitazione:

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

Indirizzo lavoro

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

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

e-mail AZIENDALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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.* ***Non verranno prese in considerazione le domande incomplete***

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

*Carbonia,*

 *Firma*

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