Programma di formazione per gli operatori degli screening oncologici

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

(Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte ed indicare il numero di fax sul quale si desidera ricevere la conferma di partecipazione ed inviare entro il termine indicato sul programma alla Segreteria Organizzativa, Ufficio Formazione CPO – Piemonte tel. 011 - 6333874, fax 011 - 6333886)

Il/La Sottoscritto _____

Nato/a a _____Provincia_____il _____

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Appartenente all'Azienda Sanitaria _____

Indirizzo lavoro (servizio/ospedale) _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov ____

N. tel _____Fax_____ E mail _____

Indirizzo abitazione Via _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

N. tel _____ Cellulare_____ E mail _____

Chiede di essere iscritto/a all'attività formativa:

_____

_____

Che si svolge il: _____

Qualifica professionale per attestato ECM:

medico □ biologo □ disciplina di riferimento _____

TSRM □ ostetrica □ infermiere □ tecnico di laboratorio □

assistente sanitario □ altro (specificare) …… □

Programma di screening di appartenenza:

mammografico □ citologico □ colorettale □

Ruolo nello screening:_____

Si informa che eventuali prenotazioni per pernottamenti alberghieri sono a carico dei singoli partecipanti

Il/la sottoscritto/a autorizza altresì, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 – n. 196, il trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura di iscrizione e accreditamento ECM.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 26 della legge 15/68, esonera questa Amministrazione da responsabilità derivanti da certificazioni mendaci.

Data: _____Firma: _____