

Programma di formazione per gli operatori degli screening oncologici

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte e indicare

SIA il NUMERO DI FAX* CHE L'INDIRIZZO MAIL*

a cui si desidera ricevere la conferma di partecipazione e inviare entro il termine indicato
sul programma alla Segreteria Organizzativa,

Ufficio Formazione, CPO Piemonte tel. 011 6333874, fax 011 6333886, mail: formazione@cpo.it

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

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

Appartenente all'Azienda Sanitaria _____

Indirizzo lavoro (servizio/ospedale) _____

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

N. tel. _____ FAX* _____ MAIL* _____

Indirizzo abitazione Via _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

N. tel. _____ Cellulare _____ mail _____

Chiede di essere iscritto/a all'attività formativa:

- Workshop screening cervicale 21 novembre 2016
 Workshop screening colorettaie 28 novembre 2016
 Workshop screening mammografico 01 dicembre 2016

Qualifica professionale per attestato ECM: _____

disciplina di riferimento _____

Programma di screening di appartenenza:

mammografico [] citologico [] colorettaie []

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 _____