S.C. Formazione, Accreditamento ECM

Modulo Richiesta di partecipazione ai Progetti Formativi

“Incidenti domestici in età pediatrica con particolare riferimento a quelli legati ad esposizione ad agenti farmaceutici”

18 ottobre 2024

**Compilare con carattere stampatello maiuscolo Le domande incomplete non saranno accettate**

**Al Direttore SC Formazione Accreditamento ECM**

Il/La Sottoscritta/o

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Indirizzo di Residenza

 CAP Città

Telefono Cellulare e-mail

Professione Eventuale Disciplina ECM

Dipendente del Servizio Sanitario Regionale **SI  NO **

***SEZIONE DA COMPILARE SOLO DAI DIPENDENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE***

Dipendente a tempo Indeterminato/Determinato Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) Azienda Sanitaria Regionale di appartenenza In servizio presso U.O./Servizio Sede di lavoro

CHIEDE

# di partecipare al Progetto Formativo:

# TITOLO Incidenti domestici in età pediatrica con particolare riferimento a quelli legati ad esposizione ad agenti farmaceutici

 SEDE DI SVOLGIMENTO: **c/o l’** **Aula Magna dell’Ospedale Giovanni Paolo II – Olbia 18 ottobre ORE 8:30 - 13:00**

# Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Firma del Coordinatore dell’U.O*. (per il personale dipendente del comparto)*

Firma del Direttore di Struttura *(per il personale dipendente)*

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all’assegnazione dei crediti formativi.

Firma per consenso