



MODULO D'ISCRIZIONE

(Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____ via _____

Cap _____ Prov _____ Tel _____

Cell _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

Qualifica Ospedaliera _____ a tempo indeterminato _____ Si _____ No _____

Specializzazione in _____

Unità operativa _____

Indirizzo Luogo di lavoro _____

Telefono luogo di lavoro _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL P.F.A.:
LO STRESS LAVORO CORRELATO
02/12/2016

"Sede del P.F.A. - Aula "Abbate" Medicina del Lavoro – A.O.U. "G.Martino" di Messina

Firma _____

Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime consenso al trattamento dei suoi dati personali da parte del Ministero della Sanità, del Provider di formazione e della segreteria Organizzativa.