

MODULO D'ISCRIZIONE

(Si prega di compilare il modulo a stampatello e 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 _____ data _____

DAI _____

Unità Operativa _____

Indirizzo Luogo di lavoro _____

Telefono luogo di lavoro _____

N. matricola di iscrizione all'Elenco Speciale dell'Ordine Nazionale dei Biologi _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL' EVENTO FORMATIVO:

“CORSO DI FORMAZIONE TEORICO-PRATICO SUI PRELIEVI E PRIMO SOCCORSO BLS”

(Messina 8, 9, 10 e 17 maggio 2017)

N.B. Eventuali ulteriori dati o documentazione saranno richiesti successivamente.

Data _____

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.