



MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE (L. 24/2017 "GELLI-BIANCO")

Date del corso e orario:

1° edizione 13 dicembre: 9.00 - 14.00 []

2° edizione 20 dicembre: 9.00 - 14.00 []

Indicare la preferenza con una X

Sede del Corso: il corso si svolgerà in presenza, la sede verrà comunicata ai partecipanti all'atto dell'iscrizione.

Nome e Cognome: _____

Qualifica _____ matricola _____

Struttura: _____ Edif. N. _____

Tel. _____ e-mail: _____

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto Decreto legislativo n°101 del 2018 e General Data Protection Regulation, UE n. 2016/679.

Firma _____

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____

Responsabile del _____

autorizza il/la Sig/ra, Dr./Dr.ssa _____.

a frequentare il suddetto Corso di Formazione nelle date suesposte.

Firma _____