



## MODULO DI ISCRIZIONE

**Titolo del corso:** MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO (DGRC 1715/2007 - DGRC2311/2008)

**Data del corso:** 6 DICEMBRE 2021

**Orario:**

1° edizione 6 dicembre: 9.00 - 12.00 [ ]

2° edizione 6 dicembre: 14.00 - 17.00 [ ]

**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 \_\_\_\_\_