



MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE E PERCORSI PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID
III edizione

Data del corso: 13 dicembre 2021

Orario: 14.00 - 17.30

Sede del Corso: edificio 20 aula H

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 _____