

MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: RICONOSCIMENTO, TRATTAMENTO E ASSISTENZA AL PAZIENTE PEDIATRICO CON MALATTIE INFETTIVE

Data/e del corso: 4 dicembre 2019

Orario: 09.00 - 13.00

Sede del Corso: AULA H - EDIFICIO 6

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 _____