

MODULO DI ISCRIZIONE CORSO ECM

PROMOZIONE, PROTEZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO MATERNO

Date: 25 settembre, 28 settembre, 5 ottobre 2023

Orario: 9-17

Sede: Edificio 9, A.O.U. Federico II

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 _____