



MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: CASI CLINICI IN PEDIATRIA: SAPERE, SAPER FARE E SAPER ESSERE

Date del corso: 20 novembre, 27 novembre, 04 dicembre, 11 dicembre, 18 dicembre 2019

Orario: 14.30-16.30

Sede del Corso: Aula Grande Pediatria edificio 11/A

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 _____

N.B. Per il conseguimento dei crediti ECM è indispensabile il 100% della presenza

**PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
(ESCLUSIVAMENTE PER IL PERSONALE DELL A.O.U. FEDERICO II)**

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 _____