



MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: Procedure Patient Blood Management (PBM)

Data e orario del corso: 12 e 14 luglio 2023, ore 09:00 – ore 14:30

Sede del Corso: Aula Grande Edificio 14

Nome e Cognome: _____

Qualifica _____ matricola _____

Struttura: _____ Edificio 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 _____

Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, deve essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica: **ufu@unina.it**.