Programma di formazione per gli operatori degli screening oncologici

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte ed indicare
SIA il NUMERO DI FAX* CHE L'INDIRIZZO E-MAIL*
a cui si desidera ricevere la conferma di partecipazione ed inviare entro il termine indicato sul programma alla Segreteria Organizzativa
Ufficio Formazione CRPT tel. 0116333874, fax 0116333886, email formazione@cpo.it

Il/La Sottoscritto _____

Nato/a a _____**Provincia**_____**il** _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Appartenente all'Azienda Sanitaria _____

Indirizzo lavoro (servizio/ospedale) _____

Via _____ **Cap** _____ **Città** _____ **Prov** ____

N. tel _____**FAX***_____**E MAIL*** _____

Indirizzo abitazione Via _____

Cap _____ **Città** _____ **Prov** _____

N. tel _____ **Cellulare**_____ **E mail**_____

Chiede di essere iscritto/a all'attività formativa:

[ ] Workshop screening cervicale 29 novembre 2019 (scadenza iscrizioni 18 novembre 2019)

[ ] Workshop screening mammografico 05 dicembre 2019 (scadenza iscrizioni 23 novembre 2019)

[ ] Workshop screening colorettale 10 dicembre 2019 (scadenza iscrizioni 02 dicembre 2019)

Qualifica professionale per attestato ECM:_____

disciplina di riferimento _____

Programma di screening di appartenenza:
mammografico [ ] **citologico [ ]** **colorettale [ ]**

Ruolo nello screening:_____

Si informa che eventuali prenotazioni per pernottamenti alberghieri sono a carico dei singoli partecipanti

Il/la sottoscritto/a autorizza altresì, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 – n. 196, il trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura di iscrizione e accreditamento ECM.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 26 della legge 15/68, esonera questa Amministrazione da responsabilità derivanti da certificazioni mendaci.

Data: _____ **Firma:** _____