

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 23 novembre 2022 (scadenza iscrizioni 11 novembre 2022)

Workshop screening coloretale 30 novembre 2022 (scadenza iscrizioni 18 novembre 2022)

Workshop screening mammografico 12 dicembre 2021 (scadenza iscrizioni 02 dicembre 2022)

Qualifica professionale per attestato ECM: _____

disciplina di riferimento _____

Programma di screening di appartenenza:

mammografico

citologico

coloretale

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: _____