

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

(Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte ed indicare l'indirizzo di posta elettronica sul quale si desidera ricevere la conferma di partecipazione ed inviare entro il termine indicato sul programma alla Segreteria Organizzativa, Ufficio Formazione CRPT tel. 011 - 6333874, fax 011 - 6333886 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:

**"IL REGISTRO TUMORI PIEMONTE A 50 ANNI DALLA FONDAZIONE:
I NUOVI DATI REGIONALI ED IL LORO UTILIZZO"**

09 Aprile 2019

(termine scadenza iscrizioni 01 aprile 2019)

Qualifica professionale sanitaria _____

disciplina di riferimento _____

Qualifica professionale amministrativa _____

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: _____