**U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE E UNIVERSITARIA**

# **SCHEDA ISCRIZIONE** Inviare a: daniela.mariani@aslroma5.it

**NB: Compilare in stampatello o al computer. Tutti i campi sono obbligatori**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo Evento E.C.M. | **EVENTO E.C.M.5886 ED. 1****INFEZIONI DA HPV: FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE** |
|  |
| Sede e data dell’evento | ***PALAZZO CIANTI AULA MAGNA – Via Antonio Parrozzani, 3 - Tivoli*****Venerdi’, 13 Ottobre 2023** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Codice fiscale |  |
| Nato a |  | Prov. |  | Il |  |
| Residente a |  | Prov. |  |
| In via |  |
| Tel./cell. |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personale dipendente o convenzionato | SI |  | NO |  |
| Sede di lavoro(P.O., distretto, dipartimento) |  |
| U.O., Servizio, Reparto |  |
| Professione |  | Disciplina |  |
| Ordine professionale di appartenenza |  | Numero iscrizione ordine |  |

**Ai sensi del D.Lgs. n.196/03 autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità proprie dell’ECM.**

Data e Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_