**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_