



www.ausl.pe.it

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
PESCARA**

**Uff. Formazione ed Aggiornamento
Via Renato Paolini n. 47 - 65124 Pescara
Tel. 085 4253166
alberto.cianci@ausl.pe.it
Dir. Amministrativo Dott. Alberto Cianci**

Centro Aziendale ECM
info.ecm@ausl.pe.it

Scuola di Formazione Aziendale

Contatti telefonici:
085 425. 3167
085 425. 3168
085 425. 3170
Fax: 085 425 3165

SCHEDA ISCRIZIONE
Evento Formativo Residenziale

MOD. F

IL Sottoscritto _____

Nato a _____ il ____ / ____ / 19__

Residente a _____ C.a.p. _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ indirizzo e-mail _____

CODICE FISCALE:																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualifica del partecipante _____

In servizio presso la U.O.C di _____ del

P.O./DSB/Dip. _____ della Azienda S. L. di _____

CHIEDE

Di partecipare all'Evento Formativo Residenziale E.C.M. dal Titolo:

“ _____
_____ ”

che si terra presso:

“ _____ ”

in data: ____ / ____ / 20__

(Timbro e firma leggibile) _____

Modulo per la trasmissione dell'elenco dei recapiti dei partecipanti alla segreteria ECM del Ministero della Salute. Ai sensi del D. Lgs 196/ 2003, sul rispetto della privacy;
Il sottoscritto/a.....autorizza il provider n° 2933 al trattamento dei dati personali al fine esclusivo dell'accreditamento ECM.