



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Risk Management: come gestire il rischio sanitario

Corso: 15 febbraio 2017 - Bergamo

Cognome: _____

Nome: _____

nato a: _____ il: ____/____/____

Codice Fiscale: _____

email: _____

Professione per cui vengono richiesti i crediti ECM:

- Assistente Sociale
- Assistente Sanitario
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Medico (specializzazione: _____)
- Infermiere
- Psicologo
- Altro (specificare: _____)

Dichiaro di essere:

- Dipendente Libero professionista Convenzionato
- Senza occupazione

Ente/Istituto: _____

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali.

Inoltre il/la sottoscritto/a autorizza Fondazione Mantovani Onlus al trattamento dei dati personali e dichiara di essere informato/a ai sensi del d.lgs. nr.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che la soglia di frequenza richiesta è del 100% delle ore previste e che l'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento, ove previsto.

Luogo e data _____

Firma dell'interessato/a _____