

U.O.C. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE ASL ROMA 1 SCHEDA ISCRIZIONE

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

Titolo Evento E.C.M.	Il Convegno Musei, Memorie e Narrazioni per la salute mentale

Sede e data dell'evento	ASL ROMA 1 Roma- Piazza S. Maria della Pietà 7-8 Novembre 2019

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

Personale dipendente o convenzionato	Dipendente		Convenzionato	
--------------------------------------	------------	--	---------------	--

Sede di lavoro			
U.O.C. /UOSD			
Professione		Disciplina	
N. ISCRIZIONE ORDINE O ALBO PROFESSIONALE			

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

Data e Luogo _____

Firma (dell'interessato)
