

Ai fini della registrazione della presenza al corso ECM:

“La prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari nella asl di Latina”

☐ **Fondi 23 ottobre 2023**

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

INDIRIZZO ABITAZIONE: Via/P.zza _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

SERVIZIO DI APPARTENENZA _____

SEDE OPERATIVA _____

TEL. _____ FAX _____

CELL. _____ E-MAIL _____

QUALIFICA _____ N. iscrizione Albo _____

SPECIALIZZAZIONE/DISCIPLINA IN CUI SI OPERA _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che per i **progetti** formativi l'assenza superiore al 10% del monte ore del Corso invalida il conseguimento dei crediti ECM assegnati al Corso stesso

Autorizzo l'Azienda USL Latina, ai sensi del D Lgs 196/03, al trattamento dei miei dati per tutti i servizi connessi con l'attività formativa.

Data _____ Firma _____

Parere favorevole del Dirigente UOC della Struttura di appartenenza

☐ SI

☐ NO