



U.O.S. Formazione
piazza Igea, 1
97100 RAGUSA

Telefono
0932 234243

EMAIL
formazioneecm@asp.rg.it

WEB
www.asp.rg.it
www.aspformazione.rg.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Titolo dell'evento _____

Luogo _____ **Data** _____

N.° di matricola

Cognome

Nome

Indirizzo

c.a.p.

Città

Prov.

Telefono

Cellulare

e-mail (prioritariamente aziendale)

Struttura di appartenenza e sede

Professione e Qualifica (*)
Per i medici: specificare la disciplina

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

(*) Indicare anche se Dipendente- Convenzionato- Libero Professionista (D-C-L)

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali "Codice Privacy", autorizzo l'U.O.S. Formazione dell'ASP di Ragusa all'utilizzo dei miei dati per tutte le operazioni e le comunicazioni relative alla frequenza e fruizione dei corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dall'Ente. Si No

SI RICORDA CHE PER ACQUISIRE I CREDITI FORMATIVI ECM È OBBLIGATORIO:

- 1. GARANTIRE LA PRESENZA IN AULA PER L'INTERA DURATA DELL'EVENTO (100%)**
- 2. APPORRE LA FIRMA DI ENTRATA E DI USCITA SUL REGISTRO**
- 3. CONSEGNARE CORRETTAMENTE COMPILATI:**
- 4. IL QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO (SCORE 75%) O PROVA SCRITTA**
- 5. LA SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO ECM**
- 6. LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE REDATTA IN OGNI SUA PARTE**