

ESCLUSIVAMENTE PER DIPENDENTI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA



AZIENDA OSPEDALIERA
ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA

Ufficio Aggiornamento e Formazione Permanente

SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO Sistema Regionale ECM

MU 103150

57

ECMReg/F

Rev. 0 del 06.02.2006

Pagina 1 di 1

ORGANIZZATORE: **VEN-ORG233**

TITOLO EVENTO:

Cod. **VEN-FOR**

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

Tel. Cell. _____

U.O. di appartenenza _____

Email _____

Ruolo:

Partecipante Docente Tutor Relatore Animatore di formazione Segr. Scientifica

Professione _____

Disciplina _____

Ente di appartenenza _____

Unità Operativa di _____

Ordine o Associazione Professionale _____

della Provincia o Regione _____

Provincia in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN Convenzionato del SSN Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) _____

Spazio riservato ai partecipanti esterni all'Azienda Ospedaliera di Verona

Si prega di intestare la fattura relativa alle spese di iscrizione al corso

A: _____

Indirizzo _____

Partiva IVA _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Visto del Direttore/Coordinatore U.O. _____

N.B. Le richieste incomplete dei dati richiesti non verranno considerate valide ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM. Si ricorda inoltre che l'acquisizione dei crediti formativi ECM è subordinata a: 1) compilazione del questionario di gradimento ECM; 2) superamento del test di apprendimento (è consentito un margine di errore pari al 20%); 3) presenza pari al 90% del totale delle ore formative; 4) compilazione scheda dati anagrafici