**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

***PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO:***

***PERCORSO DI FORMAZIONE SUL CAMPO***

***24 maggio 2019***

|  |
| --- |
| **SCHEDA ANAGRAFICA** |
| **COGNOME e NOME** |  |
| **ENTE/AZIENDA di APPARTENENZA** |  |
| **QUALIFICA** |  |
| **DISCIPLINA** |  |
| **TEL/CELL** |  |
| **E-MAIL (IN STAMPATELLO)** |  |
| **LUOGO di NASCITA** |  |
| **DATA di NASCITA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |

**INTENDO PARTECIPARE AL PERCORSO DI FORMAZIONE SUL CAMPO ACCREDITATO ECM:**

**□ 50 CREDITI – 126 VISITE + 8 ore di formazione in aula (4 all’inizio e 4 alla fine del percorso)**

**□ 34 CREDITI – 78 VISITE + 8 ore di formazione in aula (4 all’inizio e 4 alla fine del percorso)**

**□ 26 CREDITI – 54 VISITE + 8 ore di formazione in aula (4 all’inizio e 4 alla fine del percorso)**

**□ 16 CREDITI – 24 VISITE + 8 ore di formazione in aula (4 all’inizio e 4 alla fine del percorso)**

**LE AZIENDE nelle quali effettuerò le VISITE sono:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME AZIENDA** | **SEDE AZIENDA** | **NUMERO VISITE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**(i nomi delle aziende potranno essere comunicati anche successivamente alla data di inizio della Formazione sul Campo, e comunque entro il 20 dicembre 2018, data di conclusione. Se non comunicati non sarà possibile riconoscere i crediti ECM)**

**INCONTRO FINALE** *11.12.2019 4 ore*

Esprimo il mio consenso **□** Non esprimo il mio consenso **□**

al trattamento dei miei dati per le finalità consentite dal D. Lgs. 196/2003 per la gestione amministrativa dell’evento.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**