# Giornata Regionale SIUD, SIDS & ALTE

**La Spezia, 27 novembre 2010 - Sede: Sala Conferenze C.R.D.D., Piazza d'Armi, La Spezia**

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Nome**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Cognome**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Data di nascita** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (gg mm aaaa)

**Sex** M F

Luogo di nascita |
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Prov.** |__|__|

**C.F.** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Residenza**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Prov.** |__|__|

**Via/Piazza**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**N°** |__|__|__|

**Telefono fisso** |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Fax** |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Cell.** |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**e-mail**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Luogo di lavoro**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Indirizzo**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Posizione lavorativa**
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Verrò in auto** ☐ **NO** ☐ **SI**

Se SI targa auto per autorizzazione all'ingresso
|__|__|__|__|__|__|__|

## CREDITI ECM RICHIESTI PER LA CATEGORIA

(barrare con una crocetta)

O Medico indicare disciplina_____

O Infermiere

O Infermiere Pediatrico

O Ostetrica

FIRMA _____

**D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")**

Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

Gentile Dott./Dott.ssa,

Desideriamo informarLa che in accordo con la normativa sopra indicata il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza , liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs.196/2003, La informiamo che:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per l'organizzazione e la gestione di corsi di aggiornamento e di formazione.
2. Il trattamento sarà effettuato in modo manuale e informatico.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto comporta la mancata certificazione dei crediti formativi ECM del Ministero della Salute.

Data _____

Firma leggibile _____

(le schede non firmate saranno annullate)

Per le categorie esentate dal pagamento indicare qui sotto la motivazione dell'esenzione:

O Personale Dip. Mat-Inf ASL 5

O Studente universitario:

- O laurea infermieristica polo di La Spezia 2° e 3°anno
- O altro

**Inviare la scheda compilata e firmata via fax a:**

Sig.ra Alessandra Ruggia
Fax 0187.533021

**entro il 24 novembre 2010**, allegando, ove richiesto, la copia del bonifico bancario che certifica il pagamento dell'iscrizione.