

Vers.1.4

Scheda di Iscrizione al Corso di Formazione
LA SICUREZZA E LA SALUTE DEI LAVORATORI ESPOSTI A CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI IN
AMBIENTE SANITARIO
(Riservato al Personale Interno)

1. Dati personali

(si raccomanda di scrivere i dati in modo leggibile. Dati non corretti o non leggibili determinano la non attribuzione dei crediti ECM e in tal caso, il Provider declina ogni responsabilità in ordine alla mancata corresponsione dell'importo versato).

Crediti ECM SI NO

Cognome Nome

M F Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Professione

Numero di Matricola

Numero d'iscrizione all'ordine, al collegio o all'associazione professionale di appartenenza

Disciplina

Luogo di nascita Prov. Data di nascita

Indirizzo: Via N° Interno

Comune Cap Prov.

Telefono E-mail

N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento

Fabio Florio, e-mail: f.florio@istitutotumori.na.it, tel. 0815903821

UFFICIO FORMAZIONE
DIREZIONE SCIENTIFICA

Tel 081 5903 529/286

2. Sede di attività

S.C./S.S Tel.

Qualifica (inquadramento aziendale es.: infermiere, borsista, dirigente medico, assistente amministr., ecc...)

3. Corso prescelto

Titolo

Data di svolgimento

4. Dichiarazioni dal Partecipante

- Sono a conoscenza che il corso può prevedere anche una parte pratica.
- Sono a conoscenza che il corso può prevedere l'effettuazione di videoregistrazioni a scopo didattico.

5. Firma del Partecipante

Data Firma

(solo per l'aggiornamento obbligatorio)

6. Autorizzazione del Responsabile della Struttura di appartenenza.

(Solo per gli infermieri, autorizzazione del Direttore del Dipartimento di appartenenza)

Data Firma

N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento

Fabio Florio, e-mail: f.florio@istitutotumori.na.it, tel. 0815903821

**UFFICIO FORMAZIONE
DIREZIONE SCIENTIFICA**

Tel 081 5903 529/286

7. Informativa sulla Privacy e consenso del Partecipante al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che l'Ufficio Formazione dell' INTFondazione "G. PASCALE" di Napoli, procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigere ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Ufficio Formazione dell'INT Fondazione G.Pascale e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina).

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere informazioni sul trattamento dei suoi dati.

Il Titolare del trattamento è il Rappresentante Legale dell'INT Fondazione G.Pascale Via Mariano Semmola snc – 80131 Napoli.

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo

Data

Firma

N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento

Fabio Florio, e-mail: f.florio@istitutotumori.na.it, tel. 0815903821