



## **AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA – CERVELLO**

*RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE EVENTO FORMATIVO*

**"UNALENTE DI INGRADIMENTO PER IL PEDIATRA : STRUMENTI DI ASSESSMENT E TRAINING, TRA VINCOLI E POSSIBILITA' DELLA PROFESSIONE"**

Il sottoscritto .....

nato il.....a.....

codice fiscale.....

telefono.....cellulare.....e-mail.....

residente a.....via.....n.....

dipendente da .....con la qualifica di.....

unità operativa.....

chiede di partecipare all'evento formativo **"UNALENTE DI INGRADIMENTO PER IL PEDIATRA : STRUMENTI DI ASSESSMENT E TRAINING, TRA VINCOLI E POSSIBILITA' DELLA PROFESSIONE"**

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 dall' Azienda Ospedaliera OSPEDALI RIUNITI Villa Sofia – Cervello, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Palermo 05 maggio 2012

firma.....

***N.B. si prega di scrivere stampatello***