

*L’ICTUS CEREBRALE EMORRAGICO*



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Alla Responsabile UOS

Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale

Dott.ssa Caterina Lo Presti

AOOR Villa Sofia-Cervello

Palermo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere iscritto/a all’evento formativo “**L’ictus cerebrale emorragico**” che si svolgerà il giorno 5 marzo 2022 dalle ore 9,00 alle ore 14,00 presso l’Aula Magna “Maurizio Vignola” del Presidio Ospedaliero V. Cervello di Palermo.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, esclusivamente ai soli fini ECM, di essere nella seguente condizione occupazionale:

 Libero Professionista

 Dipendente

 Convenzionato

 Co.Co.Co.

 Privo di occupazione

La richiesta dovrà pervenire alla UOS in indirizzo alla mail [ecm@villasofia.it](mailto:ecm@villasofia.it).

N.B. Si fa presente che i posti disponibili sono 50 e le iscrizioni verranno accettate in ordine di presentazione.

**Si precisa che saranno accettate solamente le domande compilate INTEGRALMENTE e in maniera LEGGIBILE (STAMPATELLO).**

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 10/08/2018 n. 101 e ai sensi del Regolamento Generale UE sulla Protezione dei dati personali N 679/2016

AUTORIZZA

La UOS Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale dell’AO Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello al trattamento dei dati personali e all’utilizzo dei dati stessi per i fini istituzionali della U.O.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma