



Scheda Iscrizione Partecipanti Esterni

All' Ufficio Formazione
Azienda Ospedaliera "G. Brotzu"
Piazzale A. Ricchi, 1 – Cagliari

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ECM

“NEUROSCIENZE DELL'EDUCAZIONE: APPLICAZIONI NEI CONTESTI EDUCATIVI”

06 - 07 ottobre 2016 dalle 08.30 alle 17.45

Scrivere in stampatello - E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Recapiti Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Professione _____ Specializzazione _____

ASL / Ente di appartenenza _____

CHIEDE

di partecipare all'Evento Formativo ECM dal titolo: **“NEUROSCIENZE DELL'EDUCAZIONE: APPLICAZIONI NEI CONTESTI EDUCATIVI”**, che si terrà a: Cagliari - (1° piano) AOB aula CICCUC.

L'Evento Formativo consente di acquisire 19 crediti formativi - Sistema ECM Regionale.

Il pagamento della quota di iscrizione pari a € 100,00 (cento euro) + IVA per ciascun partecipante da versare interamente all'atto dell'iscrizione entro non oltre il 26 settembre 2016. Il pagamento può essere effettuato tramite sportello Ticket dell'Azienda “G. Brotzu”, oppure tramite bonifico bancario: Banco di Sardegna Agenzia 11, Sportello Azienda “G. Brotzu” Codice IBAN IT46C010150480000070188763 – specificando la causale del versamento: quota di iscrizione al corso ECM: **NEUROSCIENZE DELL'EDUCAZIONE: APPLICAZIONI NEI CONTESTI EDUCATIVI”**. La scheda di iscrizione debitamente compilata in tutte le sue parti e la copia del versamento della quota di iscrizione dovrà pervenire presso il Centro per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo - Azienda Ospedaliera Brotzu, oppure inviare via fax al numero 070-539737, entro il **26 settembre 2016**.

N.B. Prima di effettuare il versamento contattare il Centro per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Azienda Ospedaliera Brotzu, tel. 070.539382, per verificare la disponibilità dei posti.

Tutela dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il partecipante dichiara di essere stato informato che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo d'iscrizione o all'atto della partecipazione dell'attività formativa, saranno trattati esclusivamente per comunicare al sistema SARECM e AGENAS le informazioni necessarie per l'accreditamento.

Data _____

Firma _____



Scheda Iscrizione Partecipanti

All'Ufficio Formazione

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ECM

“NEUROSCIENZE DELL'EDUCAZIONE: APPLICAZIONI NEI CONTESTI EDUCATIVI”

06 - 07 ottobre 2016 dalle 08.30 alle 17.45

E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SCHEDA IN TUTTE LE SUE PARTI IN MODO LEGGIBILE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Residenza _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Qualifica _____

Specializzazione (solo per il personale laureato) _____

Struttura (reparto o Servizio) _____

Presidio Ospedaliero _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Tutela dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il partecipante dichiara di essere stato informato che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo d'iscrizione o all'atto della partecipazione dell'attività formativa, saranno trattati esclusivamente per comunicare al sistema SARECM e AGENAS le informazioni necessarie per l'accreditamento.

Data

Il Responsabile della Struttura

Firma

UFFICIO FORMAZIONE

Tel. 070/539947-899-439- Fax 070 539752 - e-mail : ufficioformazione@aob.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU - Piazzale Alessandro Ricchi 1-09134 Cagliari (Italia) - Tel. +39 (0)70 5391

Codice Fiscale P.I. 02315520920