



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu



Scheda Iscrizione Partecipanti Esterni

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

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ECM

“METODOLOGIA DI BASE E NUOVE DIREZIONI PER LA RICERCA IN AMBITO CLINICO”

Edizione 1 26 - 27 novembre 2015 dalle 08.30 alle 17.45
Aula Ciccu

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: **“METODOLOGIA DI BASE E NUOVE DIREZIONI PER LA RICERCA IN AMBITO CLINICO”**, che si terrà a: Cagliari - (1° piano) AOB aula CICCUCU.

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

Il pagamento della quota di iscrizione pari a € 100,00 (cento euro) per ciascun partecipante da versare interamente all'atto dell'iscrizione entro non oltre il 18 novembre 2015. 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: **“METODOLOGIA DI BASE E NUOVE DIREZIONI PER LA RICERCA IN AMBITO CLINICO”**. 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 **18 novembre 2015**.

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 _____

DIREZIONE GENERALE – UFFICIO FORMAZIONE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale A. Ricchi 1-09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391 Codice Fiscale P.I. 02315520920