

**SCHEDA D'ISCRIZIONE****CORSO : "DIVENTARE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO"**☐ **MODULO A**☐ **MODULO B**

(da inviare alla Segr. Org. via mail)

e-mail: mgrovaglia@aulss9.veneto.itcpinamonte@aulss9.veneto.it**entro l' 11-01-2019**

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ Il _____

COD.FISCALE _____

Qualifica _____

Disciplina _____

Ordine/Collegio/Assoc. _____ Prov. _____

Profilo lavorativo attuale:

- ☐ Dipendente del SSN
☐ Convenzionato del SSN
☐ Libero professionista in ambito sanitario
☐ Altro (specificare) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE:

Via _____

CAP _____ Citta' _____ Pr _____

TEL _____ Cell. _____

e-mail _____

INDIRIZZO LAVORO:

ENTE: _____

Via _____

CAP _____ Citta' _____ Pr _____

TEL _____ Cell. _____

e-mail _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo
30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Firma _____

**SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA
IN STAMPATELLO - GRAZIE**