



**RICHIESTA di PARTECIPAZIONE a
PROGETTO FORMATIVO INTERNO all'ASL 3**

**Trasmettere all'U.O.a. O.S.R.U. – Settore Formazione e Didattica
(per informazioni: – tel. 011.439.3769-3840-3953)**

SCHEDA di ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome	
Unità Operativa	n. telefono interno: _____
Profilo Professionale per i Medici specificare DISCIPLINA	
Codice Fiscale (*)	
Indirizzo (*)	Via/C.so _____ CAP: _____ Comune: _____ Prov.: _____
Telefono FAX E-MAIL (*)	

(*) I dati richiesti sono necessari per i crediti ECM

Il trattamento dei dati personali avverrà in ottemperanza dei principi e delle disposizioni del D.Lgs. 196 del 30.6.2003

Richiede di partecipare alla seguente iniziativa formativa interna all'ASL 3

Titolo:

Data: _____ **Sede** _____

predisposta da:

- O.S.R.U
 Dipartimento _____
 U.O.a. _____
 altro (specificare) _____

Firma del Richiedente

Torino, _____

Vista la suddetta richiesta

- si autorizza** la partecipazione IN ORARIO DI SERVIZIO
 non si autorizza perché _____

Firma del Responsabile U.O.

Torino, _____
