

ORGANIZZAZIONE & SVILUPPO - FORMAZIONE

**Titolo Progetto/Evento: APPROCCIO AL BAMBINO CON IMMUNODEFICIENZA
PRIMITIVA - ID 102569.1**

Edizione del 20/02/2016

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Pv ____ il _____

Codice Fiscale _____

Professione

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> TSRM | <input type="checkbox"/> Igienista Dentale |
| <input type="checkbox"/> Specializzando | <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Logopedista |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Biotecnologo | <input type="checkbox"/> Psicologo |
| <input type="checkbox"/> Ostetrica | <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Veterinario |
| <input type="checkbox"/> Vigilatrice Infanzia | <input type="checkbox"/> Assistente Sociale | <input type="checkbox"/> Amministrativo |
| <input type="checkbox"/> Puericultrice | <input type="checkbox"/> Chimico | <input type="checkbox"/> Studente di |
| <input type="checkbox"/> OTA /OSS | <input type="checkbox"/> Dietista | |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Educatore Prof. | |
| <input type="checkbox"/> Tecnico laboratorio | <input type="checkbox"/> Fisico | |

Specializzazione (se medico) _____

Eventuale iscrizione ad un albo professionale (indicare quale) _____

Società di appartenenza

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| OSR | <input type="checkbox"/> |
| FCSR | <input type="checkbox"/> |
| RESNATI | <input type="checkbox"/> |
| ATENEIO SAN RAFFAELE | <input type="checkbox"/> |
| ESTERNA | <input type="checkbox"/> |

Dipartimento/Unità/Direzione di appartenenza _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo di Posta Elettronica _____

SI TERRANNO VALIDE SOLO LE SCHEDE COMPILATE IN TUTTI I CAMPI

FIRMA _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/03 (Codici in Materia di Protezione dei Dati Personali)

I dati saranno trattati e conservati da Ospedale San Raffaele per le necessità amministrative finalizzate all'effettuazione dei corsi ed al conseguimento dei crediti formativi, garantendo i diritti di cui all'art. 7 del D.LGS. 196/03.
I dati vengono raccolti su documento cartaceo e documento informatico e custoditi secondo le misure di sicurezza previste dagli Artt. 33 e seguenti e dal Disciplinare Tecnico, Allegato B al suddetto Codice. I suddetti dati verranno inviati al Ministero della Salute o alla Regione Lombardia per il conseguimento dei crediti formativi.

FIRMA per il consenso al trattamento dei Dati Personali
