



SCHEDA PARTECIPANTE

CORSO DI MANAGEMENT SANITARIO PER DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA
<i>DATI ANAGRAFICI</i>
COGNOME
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO
CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.
AZIENDA DI APPARTENENZA
SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA
QUALIFICA
SPECIALIZZAZIONE
Num. Iscriz. Ordine/albo/associazione
E-MAIL

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.L. 196/2003 E
SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

FIRMA _____

EUR 2.500,00- Soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art.3 del decreto legislativo n.502/92 e s.m.i., nonché coloro i quali sono inseriti nell'elenco regionale di cui al decreto n.1761 del 31 Agosto 2009, integrato con il decreto n. 1892 del 14 Settembre 2009, e decreto n. 1760 del 31 Agosto 2009 e sue successive modifiche ed integrazioni.

Per risultare regolarmente iscritti al suddetto corso occorre versare la somma di euro 500,00 in termini di acconto con assegno circolare o bonifico bancario.

Bonifico Intestato a:

CENTRO FORMAZIONE SANITARIA SICILIA

IBAN: IT 14 K03019 04609 000009022625

Presso CREDITO SICILIANO S.P.A.

CFSS: Via Padre Rosario da Partanna, 22 sede Ordine Dei Medici – Palermo - Tel./fax 091-6717402.