

**Qualificazione dell'assistenza ambulatoriale attraverso l'attività di
Day Service (Pacchetti Ambulatoriali Complessi – PAC) e la
Chirurgia Ambulatoriale (Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali - APA)**

Istituto Don Orione, via Don Orione, n . 8 Roma

15- 16 Luglio 2010

__I__ sottoscritt_ chiede di essere iscritt_ al suddetto corso, e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, dichiara:

N.B. – I campi con l'asterisco sono obbligatori

Nome * _____ Cognome * _____

Codice Fiscale * _____

Carta d'identità/Patente n°* _____ Rilasciata da*

Il */...../..... Valida fino al*/...../.....

Luogo Nascita * _____ Prov. * _____ Data * (...../...../.....)

Professione _____

Istituzione di appartenenza *
(Pubblico Privato o libero professionista) _____

Indirizzo (Ist. di appartenenza) _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ E-mail _____

Crediti ECM * _____ si _____ no _____

Indirizzo Corrispondenza * _____

Città _____ C.A.P. _____

Data ____/____/____

Firma _____



La presente scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, andrà inviata, a mezzo fax a: **LAZIOSANITÀ
Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

Via di Santa Costanza, 53 - 00198 Roma

Fax: 06 58702673;

In sede di registrazione al corso il partecipante dovrà esibire un documento di riconoscimento

Data ____/____/____

Firma _____

Informativa ex art. 13 D. LGS. N. 196/2003. LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, titolare del trattamento, raccoglie presso di sé e tratta – per finalità connesse all'attività formativa, nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza previsti dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - con modalità anche informatizzate, i dati personali il cui conferimento è indispensabile al fine di fornire i servizi indicati. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici in aderenza ad obblighi di legge, per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto ed ove previsto all'acquisizione dei crediti ECM. I dati non saranno diffusi; in ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. LGS. N. 196/2003, rivolgendosi a Laziosanità – ASP, Via di Santa Costanza n. 53 – 00198 Roma.

Il/La sottoscritt_ dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. LGS. N. 196/2003 ed autorizza il trattamento dei dati personali.

Data ____/____/____

Firma _____

