

**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

23- 24 Giugno 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 _____

