

	M RF 021  <b>Scheda Anagrafica Partecipante</b>  S.C. Formazione, Qualità e Gestione del Rischio Clinico delle attività sanitarie	Data di emissione: 19 settembre 2018 rev. 1 Approvato ed emesso in originale
---	---	---

**TITOLO DEL CORSO** CONVEGNO AUTISMI: I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NEI CONTESTI DI VITA

**Sede e data:** AUDITORIUM BARALIS PINEROLO VIA MARRO, 6 - 22 novembre 2018

**INFORMAZIONI GENERALI** (campi obbligatori)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

F       M

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita IVA \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_  
(Via/Pzza – CAP – Località – Prov) \_\_\_\_\_

Telefono (ufficio – cellulare) \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI LAVORATIVE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Struttura sanitaria di provenienza \_\_\_\_\_

Professione ECM \_\_\_\_\_

**I dati verranno utilizzati dalla ASL TO3 unicamente ai fini del sistema di accreditamento regionale ECM.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo dovrà essere inviato a: [segreteria.formazione@aslto3.piemonte.it](mailto:segreteria.formazione@aslto3.piemonte.it) oppure al fax 0121/235.347 della S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico delle attività sanitarie.