

	M RF 021 Scheda Anagrafica Partecipante 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 OLTRE UN SECOLO DI ALCOLOGIA IN ITALIA, DALLE INTUZIONI DEI PIONIERI AL MODERNO LAVORO DI RETE

Sede e data: GALLERIA SCROPPO TORRE PELLICE 17 maggio 2019

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 oppure al fax 0121/235.347 della S.C. Formazione, Qualità e Gestione del rischio clinico delle attività sanitarie.