



M RF 021

**Scheda Anagrafica Partecipante**

Data di emissione:  
19 settembre 2018  
rev. 2  
Approvato ed emesso in  
originale

**TITOLO DEL CORSO** COMUNITÀ AMICA DELLE PERSONE CON DEMENZA: NASCITA, SVILUPPO E RACCONTO

**Sede e data:** Hotel Barrage San Secondo di Pinerolo – venerdì 18 ottobre 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](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.