REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1
UOC FORMAZIONE E RAPPORTI CON UNIVERSITÁ
Piazza Nazionale n° 95 Tel. 081/2549124
formazione@aslnapoli1centro.it

# SCHEDA ISCRIZIONE CORSO/CONVEGNO
## Al Referente Tecnico scientifico dell'evento formativo

**TITOLO**_____

### 1) *DATI ANAGRAFICI*

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA |__|__|__|__|__|__|__|__| e LUOGO _____
gg mese anno

### 2) *DATI LAVORATIVI*

***Dipendente pubblico a tempo pieno*** |__| ***Dipendente pubblico a tempo parziale*** |__|
***Libero professionista*** |__| ***Lavoratore Coordinato e continuativo*** |__|
***Ricercatore confermato non soggetto al divieto art.1 comma 3 L.158/87*** |__|

QUALIFICA _____ MATRICOLA |__|__|__|__|__|__|__|

SEDE LAVORATIVA (UFFICIO) _____

TEL |__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__| FAX |__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|

CELL|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__| MAIL _____

### 3) *PARERE MOTIVATO DEL RESPONSABILE*

Nulla Osta alla partecipazione _____

firma _____

### 4) *DATI FISCALI*

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Si autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda esclusivamente per finalità connesse alla gestione dell'evento formativo di cui trattasi, ai sensi di quanto stabilito dal D.L.gs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni

DATA _____ In Fede _____