SCHEDA ANAGRAFICA

**SC Formazione e Accreditamento ECM**

Prevenzione degli incidenti stradali in età pediatrica

Prp 2020-2025 Asl Sulcis Iglesiente

***sede del corso Sala Lepori-Iglesias***

( cod. accredit. 4525 ) CREDITI ECM 4.0

Date: 12 dicembre 2023 dalle h. 14.30 alle 18.30

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Macrostruttura (P.O., Dipart., Serv.Territ., Distretto, ecc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unità organizzativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizione Funzionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cat. Profess.le E.C.M.:

🞎 Dipendente ARES/ASSL Sulcis 🞎 In Convenzione Asl 🞎 Dipendente altra ASSL o ente pubblico

🞎 Libero Professionista 🞎dipendente a tempo determinato 🞎MMG 🞎 ALTRO

Indir. abitazione:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_ Città/Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_

Indirizzo lavoro

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_ Città/Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Codice Fiscale* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

firma del coordinatore

dell’unita’ operativa (solo per il personale del comparto)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del direttore di struttura

inviare modulo via mail : [*corsiformazione.aslsulcis@aressardegna.it*](mailto:corsiformazione.aslsulcis@aressardegna.it)

*Si ricorda che la compilazione della scheda è necessaria al fine di facilitare le procedure per l’assegnazione dei crediti ECM e per tutte le comunicazioni sull’attività didattica.*

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. n. 196/’03.

*Firma*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*