



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Formazione Esterna ISPO

Via Cosimo Il Vecchio 2 – 50139 Firenze
Tel. 055 32697980 Fax 055 32697971
e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it
www.ispo.toscana.it

SEMINARIO

**Piano mirato regionale sul rischio di radiazione ultravioletta
solare nei lavoratori outdoor**

18 aprile 2011

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE AL SETTORE FORMAZIONE ESTERNA A MEZZO FAX ENTRO IL 12 APRILE 2011, PREVIA VERIFICA DELLA DISPONIBILITÀ DEI POSTI (N. 120).

NON È PREVISTA L'ISCRIZIONE IN SEDE CONGRESSUALE.

DATI ANAGRAFICI (obbligatori per il conseguimento dei crediti E.C.M.)

NOME _____

COGNOME _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____/____/____

A) PARTECIPAZIONE CATEGORIE PROFESSIONALI ACCREDITATE E.C.M.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Assistente sanitario |
| <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Infermiere |
| <input type="checkbox"/> Chimico | <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Farmacista | |
| <input type="checkbox"/> Fisico | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo | |

Specializzato in _____ Specializzando in _____

B) PARTECIPAZIONE SENZA CONSEGUIMENTO DEI CREDITI E.C.M. PER LE CATEGORIE PROFESSIONALI NON PREVISTE AL PUNTO A)

Categoria professionale: _____

Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel./Cell. _____ e-mail _____

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ente di appartenenza _____

Unità Operativa/Servizio _____

Indirizzo Ente

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Ai sensi dell'art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma _____