



**Azienda Sanitaria Provinciale
Vibo Valentia**

**All'Ufficio Formazione
FAX 2474**

Indirizzo email: p.fedele@asl8vv.it S E D E

MODULO D'ISCRIZIONE AL CORSO
GESTIONE DELLE REAZIONI AVVERSE GRAVI POST-VACCINALI
9 ottobre 2010

Cognome **Nome**

Indirizzo Abitazione: Via **N°**

CAP **Città** **prov**

Telefono Abitazione **Cellulare**

e-mail:

Ruolo/ Qualifica

sede lavorativa:

.....

.....

Telefono **Fax**

E-mail:

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono veritieri. Inoltre, autorizzo l'ASP di Vibo Valentia, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati per la gestione dell'attività formativa e per la trasmissione degli stessi alla Commissione del Ministero della Salute (ECM) per l'accREDITAMENTO delle attività formative. Dichiaro, altresì, di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.

DATA:

Il sottoscritto dichiara di avere provveduto a programmare opportuna turnazione per garantire il servizio.

FIRMA