

TERAPIA DI GRUPPO NELLA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO TEORIA ED ESPERIENZA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si chiede cortesemente di compilare la scheda con carattere stampatello maiuscolo leggibile e inviare all'indirizzo mail Piano.gap@atssardegna.it dal 15/10/2020 al 01/11/2020. Sarà inviata mail di conferma iscrizione. Il corso si svolgerà in modalità videoconferenza, pertanto è indispensabile esser dotati di una postazione con connessione internet e dispositivo con webcam e sistema audio. Per il riconoscimento ECM sarà obbligatorio compilare e rinviare firmato il modulo di rilevazione presenza e il questionario di apprendimento.

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____

Residente a _____ cap. _____ Via _____,

n°Tel.(lavoro) _____ cell. _____ Email _____

Dipendente a tempo Indeterminato/Determinato | Libero professionista

Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) _____

Qualifica: _____ Disciplina (solo per dirigenti) _____

In servizio presso U.O./Servizio _____ Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Di partecipare al corso formativo: "TERAPIA DI GRUPPO NELLA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO: TEORIA ED ESPERIENZA"

- o 17-19 Novembre dalle ore 9:30 alle ore 12,30

Data

Firma del dipendente

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

Firma per consenso (leggibile)