



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede Legale Viale della Vittoria n.321- Agrigento  
Tel. 0922 407111 \* Fax 0922 401229  
P.Iva e C.F. 02570930848  
Direzione Generale

## SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

**Titolo dell'evento** \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**N.° di matricola**

\_\_\_\_\_  
**Cognome**

\_\_\_\_\_  
**Nome**

\_\_\_\_\_  
**Indirizzo**

\_\_\_\_\_  
**c.a.p.**                      **Città**                      **Prov.**

\_\_\_\_\_  
**Telefono**                      **Cellulare**                      **e-mail (prioritariamente aziendale)**

\_\_\_\_\_  
**Struttura di appartenenza e sede**                      **Professione e Qualifica (\*)**  
**Per i medici: specificare la disciplina**

\_\_\_\_\_  
**Codice Fiscale**

\_\_\_\_\_  
**Luogo e data di nascita**

**(\*) Indicare anche se Dipendente- Convenzionato- Libero Professionista (D-C-L)**

\_\_\_\_\_  
In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali "Codice Privacy", autorizzo l' UOC Psicologia dell'ASP di Agrigento all'utilizzo dei miei dati per tutte le operazioni e le comunicazioni relative alla frequenza e fruizione dei corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dall'Ente.    Si    No

### **SI RICORDA CHE PER ACQUISIRE I CREDITI FORMATIVI ECM È OBBLIGATORIO:**

- GARANTIRE LA PRESENZA IN AULA PER L'INTERA DURATA DELL'EVENTO (100%)
- APPORRE LA FIRMA DI ENTRATA E DI USCITA SUL REGISTRO
- CONSEGNARE CORRETTAMENTE COMPILATI:
  1. IL QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO (SCORE 75%) O PROVA SCRITTA
  2. LA SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO ECM
  3. LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE REDATTA IN OGNI SUA PARTE