Richiesta partecipazione evento formativo

(non verranno considerate valide per il rilascio dei crediti ECM le richieste incomplete)

Al Responsabile del Servizio Valorizzazione risorse umane,
comunicazione e relazioni esterne

Il/La sottoscritto/a_____ nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° ____-cap.____

tel._____ cell._____, e-mail _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ente di appartenenza _____ in servizio presso U.O._____

con la qualifica di _____, specializzazione _____

CHIEDE

di partecipare al seguente evento formativo dal titolo: **"Le check list per la sicurezza delle cure"- promozione delle checklist a supporto del processo decisionale clinico**"

che si terrà a Barumini presso il Centro Giovanni Lilliu, in data **10 Ottobre 2016**, dalle ore 08,30 alle ore 17,30.

Non è prevista una quota di iscrizione. La domanda di iscrizione **debitamente datata e firmata** va inviata alla segreteria organizzativa via fax al numero **070/9359580** o, in alternativa, all'indirizzo di posta elettronica: **formazione@aslsanluri.it**, entro le **ore 13.00** del **7 Ottobre 2016**.

Sono disponibili **240 posti** per gli operatori sanitari dipendenti ASL e A.O.U. Regione Sardegna e **60 posti** per operatori sanitari non dipendenti ASL e A.O.U. Regione Sardegna.

le iscrizioni seguiranno l'ordine di arrivo e verranno confermate al diretto interessato, tramite Mail.

Data: ___/10/2016

Firma Richiedente

_____

Si autorizza l'uso dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni

Data

Firma Richiedente