

**SCHEDA ISCRIZIONE AL CORSO**  
**"prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari"**  
**ASL FROSINONE SALA TEATRO, 30 Settembre 2019**  
**Email: rischioclinico@asifrosinone.it**

<b>Dati anagrafici</b>	Cognome*		Nome *	
	Comune di Nascita*		Sigla Provinciale *	Data di Nascita *
<b>Dati fiscali</b>	Codice fiscale			
<b>Residenza</b>	Via, Corso, Piazza etc. e Numero Civico			
	Cap.	Comune	Sigla Provinciale o Nazione	
<b>Contatti</b>	N. tel. Lavoro*		N. tel. Domicilio*	
	N. cellulare*		Email personale*	
<b>Posizione lavorativa</b>	Professione (es. medico/infermiere/fisioterapia- * )		Eventuale specializzazione	
	Sede lavoro*		Indirizzo email del luogo di lavoro*	
<b>Ordine professionale</b>	Provincia/Regione		N° Iscrizione	

\*campi obbligatori

**Informativa:**  
 ai sensi dell'articolo 13 del GDPR " regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", i dati personali forniti dai partecipanti ai corsi di formazione saranno raccolti presso la segreteria del rischio clinico.

**APPONE LA PROPRIA FIRMA PER CONCEDERE IL CONSENSO**

**DATA**

**FIRMA**

X

X