



Regione Calabria



ASP di Cosenza

Scuola di **FO**rmazione **C**ontinua **U**niversitaria in **S**anità
Ente NO PROFIT fondato dall'ASP di Cosenza e dall'Università della Calabria
Accreditato Regione Calabria Decreto n.1168 del 03/02/2012

MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO BASE DI 40 ORE

Politiche Territoriali ed aspetti gestionali sul Servizio Sanitario Regionale

Il/la sottoscritto/a, nato/a a, il
..... e residente in, Prov....., Via
....., C.A.P....., e domiciliato in,
Prov....., Via, C.A.P....., cell.
e-mail

CHIEDE

Di partecipare al **Corso base di 40 ore "Politiche territoriali ed aspetti gestionali sul Servizio Sanitario Regionale"**
Versa un contributo di **100 euro(*)** al fine di consentire lo svolgimento dell'evento, a mezzo bonifico bancario sul seguente conto corrente.

Intestato a : **"FOCUS – Formazione Continua Universitaria in Sanità" (ENTE NO PROFIT)**

C/C N.: **000101653865**

Istituto Bancario : **UniCredit S.p.A.**

Codice IBAN : **IT 25 R 02008 80882 000101653865**

Causale : **contributo spese organizzative**

(*) A seguito del versamento effettuato verrà emessa relativa ricevuta. Per la eventuale richiesta di fatturazione contattare la Segreteria Scientifica ai recapiti sotto indicati, prima dell'inizio del corso.

Il presente modulo di iscrizione, unitamente alla copia di versamento effettuato e alla documentazione richiesta, dovrà essere inviato entro martedì 3 settembre 2013 a mezzo fax al n. 0984 893810/09 oppure via e-mail all'indirizzo focus.formazione@gmail.com

Si allega alla presente

- Fotocopia completa di un documento d'identità in corso di validità, debitamente sottoscritta,
- Certificato di Diploma di Scuola Secondaria o attestazione sostitutiva

PRIVACY - Ai sensi della L.31 dicembre 1996 N°675, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso i terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione dei Congressi. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo di iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a Convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto di opporsi a tale trattamento.

DATA

FIRMA

INFO

UNICAL CentroSanitario Via P. Bucci – Arcavacata di Rende (CS) T. 0984 496216 /Fax 0984 496203

ASP Cosenza Ingegneria Clinica Via Milelli n.19 Tel e Fax 0984 893810 / 328 2966666

CF 98087260786 e-mail focus.formazione@gmail.com facebook [focus formazione](#)