

## SCHEDA DI PRESCRIZIONE Progetto Formativo Aziendale *ECM*

***Titolo Corso: "Diritto sanitario: Ruolo e Responsabilità della Dirigenza Sanitaria alla luce del processo di riordino aziendale"***

- n. 14 Crediti ECM -

Il Progetto Formativo Aziendale è riservato a n. 70 professionisti ad edizione del ruolo dirigenziale sanitario dell' ASP di Cosenza (Biologo, Chimico, Farmacista, Fisico, Medico Chirurgo, Odontoiatra, Psicologo, Veterinario) con priorità per coloro che hanno un rapporto di lavoro a tempo indeterminato:

- **N. 40 - Direttori e Responsabili di Macrostruttura, Unità Operative Complesse e Semplici**
- **N. 30 - Professionisti Sanitari del ruolo dirigenziale**

Il personale sopra indicato, interessato a partecipare al corso, deve preiscriversi utilizzando esclusivamente la presente scheda, da compilare in ogni sua parte, firmare (con firma autografa), ed inviare esclusivamente via E-Mail alla segreteria organizzativa ( [formazionecs@pec.asp.cosenza.it](mailto:formazionecs@pec.asp.cosenza.it)), entro e non oltre le ore 12,00 del sesto giorno antecedente la data di effettuazione della prima edizione per la quale si è espressa preferenza. Le e-mail devono contenere una sola scheda di prescrizione, quelle contenenti più schede saranno cestinate.

Verranno ammesse al corso le prime 70 preiscrizioni regolarmente pervenute per ogni edizione, con priorità per quei professionisti che abbiano rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed inquadramento nel ruolo dirigenziale sanitario, come sopra specificato.

Gli ammessi al corso verranno contattati dalla segreteria organizzativa via E-Mail entro e non oltre 3 giorni prima della data in cui si svolgerà l'edizione nella quale è stato possibile inserirli.

---

### MODULO DI PRESCRIZIONE

(da compilare in modo chiaro e leggibile)

Il sottoscritto:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel./cell \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

U.O. di appartenenza: \_\_\_\_\_

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_

#### INQUADRAMENTO:

**Direttore di Macrostruttura** \_\_\_\_\_

**Direttore di U.O.C.** \_\_\_\_\_

**Dirigente Responsabile di U.O.S.** \_\_\_\_\_

**Dirigente** \_\_\_\_\_

#### RAPPORTO DI LAVORO:

**Tempo determinato**

**Tempo indeterminato**

## Chiede

di essere ammesso al corso di formazione aziendale ECM dal titolo **“Diritto Sanitario: Ruolo e Responsabilità della Dirigenza Sanitaria alla luce del processo di riordino aziendale”**.

Lo stesso esprime la propria preferenza a partecipare all' edizione del:

Preferenza*	Data Edizione	SEDE	Data di Scadenza Preiscrizione
	12-13//06/ 2014	Sala Convegni P.O. Spoke Castrovillari- via Ospedali, Castrovillari (CS)*	08/06/2014
	19-20/06/ 2014	Aula del Complesso S. Agostino - Largo Mons. G.M. Perrimazzi, Paola (CS)*	13/06/2014
	10-11/07/ 2014	Sala Convegni della Sede AUSER – Via Manzoni snc, Rione Spirito Santo Cosenza*	04/07/2014
	11-12/09/2014	Sala Convegni Sede Distretto Sanitario – Viale Michelangelo, Rossano (CS)*	05/09/2014
	25-26/09/2014	Sala Convegni P.O. Spoke Castrovillari- via Ospedali, Castrovillari (CS)*	19/09/2014
	09-10/10/2014 <i>Data posticipata al 23-24/10/2014</i>	Sala Convegni della Sede AUSER – Via Manzoni snc, Rione Spirito Santo Cosenza*	03/10/2014
	06-07/11/2014	Sala Consiliare Municipio di Cetraro - P.zza del Popolo, Cetraro (CS)*	31/10/2014
	20-21/11/2014	Sala Convegni Sede Distretto Sanitario – Viale Michelangelo, Rossano (CS)*	14/11/2014

\*E' possibile esprimere due preferenze, specificando quale è la prima e quale è la seconda scelta espressa. L' ordine delle preferenze espresse è comunque indicativo, in quanto subordinate alle esigenze organizzative del corso. Coloro che non dovessero essere ammessi alle edizioni scelte potranno, eventualmente, preiscriversi successivamente ad altre edizioni, sempre nel rispetto dei modi e dei tempi sopra indicati.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna, inoltre, se ammesso al corso ed impossibilitato a parteciparvi, a:

1. comunicare alla segreteria organizzativa la propria assenza, entro e non oltre 2 giorni, prima della data di effettuazione dell'edizione di ammissione. In modo da rendere possibile la propria sostituzione ed eventualmente chiedere di essere reinserito in altre edizioni.
2. Nel caso di gravi impedimenti dell'ultimo momento a trasmettere tempestivamente opportuna giustificazione per iscritto alla segreteria organizzativa.

In base al D.Lgs 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la formazione di un archivio a fini statistici, di studio, di valutazione degli eventi. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Per informazioni: tel. 09848933393

e-mail: [formazionecs@pec.asp.cosenza.it](mailto:formazionecs@pec.asp.cosenza.it)