# CORSO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER RLS IN SANITÀ E NELLA RICERCA BIOMEDICA

## 7 - 14 - 21 - 28 NOVEMBRE 2018

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Professione_____

Azienda di provenienza _____

_____Città_____Prov_____

**Iscrizione a:** ☐ **Corso di formazione (4 giornate - 32 ore)**

☐ **Corso di aggiornamento (28 novembre 2018 - 8 ore)**

☐ **Allego copia bonifico di € _____** ☐ **Iscrizione gratuita, personale Fond. IRCCS Pol. San Matteo**

**DATI PERSONALI**

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo

Privato_____Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

**DATI FATTURAZIONE** ☐ **coincidono con i DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**

☐ **diversi dai DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

RAGIONE SOCIALE_____

INDIRIZZO: _____ _____

CAP _____ CITTA' _____PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

*Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.*

*Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.*

Data_____ Firma_____

**Da inviare alla Segreteria Organizzativa**
**via mail (congressi@smatteo.pv.it)**
**o via fax (0382 502508)**

Sistema Socio Sanitario

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Regione Lombardia