

**UNITA' OPERATIVA FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO  
DEL PERSONALE ED ECM**

**Tel. 0923/472276 - Fax 0923/472277 - E mail [formazione@asptrapani.it](mailto:formazione@asptrapani.it)**

**BLS – D**

**Scheda di iscrizione**

**SCRIVERE CHIARO E STAMPATELLO**

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_ **Matr.** \_\_\_\_\_

**NATO A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA :** \_\_\_\_\_

**U.O.** \_\_\_\_\_

**P.O. /DISTRETTO D'APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

**Tel. servizio:** \_\_\_\_\_

**Cellulare** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Con la presente Vi autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/2003.

Data

Firma