



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.: Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro "Dott. Gaspare Morsello"  
Direttore: Dott. S. Fiorino

Modulo di iscrizione

**"Denuncia e Gestione delle Malattie Professionali"**

26 Novembre 2011

Erice Vetta, Teatro Gebel Hamed -Vico S.Rocco

Riferimento Ministeriale n. 2092-17946

Crediti attribuiti: otto

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

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Dipendente

Libero professionista

Convenzionato

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali comunicati con il presente modulo, saranno oggetto di trattamento manuale o informatico e verranno utilizzati ai soli fini dell'espletamento delle formalità relative alla Sua iscrizione e partecipazione al convegno. Si può chiedere in qualsiasi momento la modifica e/o la cancellazione in base al D.Lgs. 196/2003.

**N.B. Numero posti disponibili 50. Le richieste di iscrizione saranno accolte in ordine di arrivo.**

**IL MODULO DI ISCRIZIONE, DEBITAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE A STAMPATELLO, DEVE ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL NR. FAX: 0923.543012 O ALL'INDIRIZZO E- MAIL : [spresal@asltrapani.it](mailto:spresal@asltrapani.it) ENTRO E NON OLTRE IL 20.11.2011.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_