



**QUALITA' E MIGLIORAMENTO CONTINUO NELLE STRUTTURE SANITARIE
II GOVERNO DEL SISTEMA AZIENDA:
PERCORSI TECNICI E ORGANIZZATIVI PER DEFINIRE, DOCUMENTARE E MIGLIORARE LA QUALITA'**

SCHEDA DI ADESIONE

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

QUALIFICA _____

C. F. (obbligatorio) _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA E RUOLO

Indirizzo privato _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail (obbligatorio) _____

Dati per la fatturazione se diversi da quelli del partecipante _____

(firma del partecipante)

Da inviare per telefax o posta elettronica o posta ordinaria alla
Direzione MED I CARE
Via Manzoni, 37 - 26100 Cremona
Tel. 3355441348 tel e fax 0372 33142
e-mail direzione@medicareformazione.it
www.medicareformazione.it

Entro il 15 settembre 2011

Il sottoscritto _____ autorizza ai sensi della legge n°675/96, 123/97 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative; comunicazioni a terzi al fine di favorire l'inserimento lavorativo, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Data

(firma leggibile)