



A.S.O. "S.Croce e Carle"
Cuneo

SCHEDA DI ISCRIZIONE Evento

**Diabete in Ospedale:
il paziente con insufficienza renale**

25 Gennaio 2014
Centro Incontri della Provincia
Corso Dante, 41 CUNEO

Le schede compilate in modo poco leggibile o incomplete non saranno considerate valide.

Nome.....
Cognome.....
Codice Fiscale.....
Nato a..... Prov. Il.....
Residente in Via..... n.
C.A.P. Città.....
Qualifica.....
Specializzazione.....
Ente/Ospedale.....
Struttura/Reparto.....
Telefono.....
Cellulare.....
E-mail.....

(Con riferimento al D.Lgs.vo 196/2003 il sottoscritto acconsente affinché i dati personali vengano utilizzati per svolgere gli adempimenti relativi al Corso)

Firma

Si autorizza la partecipazione

PER LA DIRIGENZA
Il Direttore di Struttura

PER IL COMPARTO
Il Coordinatore di Struttura

.....
firma

.....
firma

Solo se dipendente ASO "S.Croce e Carle"



A.S.O. "S.Croce e Carle"
Cuneo

SCHEDA DI ISCRIZIONE Evento

**Diabete in Ospedale:
il paziente con insufficienza renale**

25 Gennaio 2014
Centro Incontri della Provincia
Corso Dante, 41 CUNEO

Le schede compilate in modo poco leggibile o incomplete non saranno considerate valide.

Nome.....
Cognome.....
Codice Fiscale.....
Nato a..... Prov. Il.....
Residente in Via..... n.
C.A.P. Città.....
Qualifica.....
Specializzazione.....
Ente/Ospedale.....
Struttura/Reparto.....
Telefono.....
Cellulare.....
E-mail.....

(Con riferimento al D.Lgs.vo 196/2003 il sottoscritto acconsente affinché i dati personali vengano utilizzati per svolgere gli adempimenti relativi al Corso)

Firma

Si autorizza la partecipazione

PER LA DIRIGENZA
Il Direttore di Struttura

PER IL COMPARTO
Il Coordinatore di Struttura

.....
firma

.....
firma

Solo se dipendente ASO "S.Croce e Carle"



A.S.O. "S.Croce e Carle"
Cuneo

SCHEDA DI ISCRIZIONE Evento

**Diabete in Ospedale:
il paziente con insufficienza renale**

25 Gennaio 2014
Centro Incontri della Provincia
Corso Dante, 41 CUNEO

Le schede compilate in modo poco leggibile o incomplete non saranno considerate valide.

Nome.....
Cognome.....
Codice Fiscale.....
Nato a..... Prov. Il.....
Residente in Via..... n.
C.A.P. Città.....
Qualifica.....
Specializzazione.....
Ente/Ospedale.....
Struttura/Reparto.....
Telefono.....
Cellulare.....
E-mail.....

(Con riferimento al D.Lgs.vo 196/2003 il sottoscritto acconsente affinché i dati personali vengano utilizzati per svolgere gli adempimenti relativi al Corso)

Firma

Si autorizza la partecipazione

PER LA DIRIGENZA
Il Direttore di Struttura

PER IL COMPARTO
Il Coordinatore di Struttura

.....
firma

.....
firma

Solo se dipendente ASO "S.Croce e Carle"