



Ufficio Formazione  
Tel. 041 2906529 Fax 041 2906762

sito internet: [www.ospedalevillasalus.it](http://www.ospedalevillasalus.it)  
e-mail: [formazione@ospedalevillasalus.it](mailto:formazione@ospedalevillasalus.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a:

COGNOME ..... NOME .....

NATO/A a ..... il .....

CODICE FISCALE .....

INDIRIZZO .....

CITTÀ ..... C.A.P. .... PROV. ....

TELEFONO ..... CELLULARE .....

INDIRIZZO e-mail .....

Chiede di essere iscritto/a al corso di formazione qui sotto contrassegnato:

- MALATTIE INFETTIVE IN GRAVIDANZA** **sabato 31 marzo 2012**
- LA VESCICA IPERATTIVA: PERCORSO CLINICO** **sabato 28 aprile 2012**
- MODALITÀ DI ASSISTENZA IN PUERPERIO** **sabato 9 giugno 2012**

I corsi si terranno presso la Sala Convegni "C. Weisz"  
dell'OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA SALUS via Terraglio, 114 – MESTRE (VE)

Dichiara di svolgere la professione di .....  
presso .....

*Si ricorda che l'accoglimento dell'iscrizione è subordinato alla verifica dei posti a disposizione.  
La partecipazione all'evento verrà confermata via e-mail o telefonicamente.*

- Autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della Privacy, per tutte le attività inerenti la presente richiesta di adesione e per la trasmissione dei dati agli Enti competenti in materia ECM.

Data .....

Firma .....