|  |
| --- |
| Titolo evento:  I BISOGNI DELLE PERSONE CON AUTISMO NELLA TRANSIZIONE E NELL’ETA’ ADULTA |

**07 OTTOBRE 2019**

dalle ore 08,15 alle ore 18,00 presso Sala Conferenze Presidio San Carlo

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |

|  |  |
| --- | --- |
| Nato/ a | Il |

|  |
| --- |
| Residente a |

|  |  |
| --- | --- |
| Via/Piazza | N° |

|  |  |
| --- | --- |
| Provincia | C.A.P. |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefono | Cellulare |

|  |  |
| --- | --- |
| Fax | E-Mail |

|  |
| --- |
| Codice Fiscale |

|  |  |
| --- | --- |
| Professione | Disciplina |

|  |  |
| --- | --- |
| UUOO/ Servizio | Matricola |

Al fine di effettuare l’iscrizione all’evento formativo in oggetto, la presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e inviata tramite mail a: elena.comi@asst-santipaolocarlo.it oppure sabrina.righini@asst-santipaolocarlo.it

Le informazioni contenute nella presente scheda verranno utilizzate per le gestione ECM e saranno trattate in conformità alle disposizioni contenute del D.Lgs 196/2003

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Firma** |

(Solo per i dipendenti del Presidio San Paolo)

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma di autorizzazione del**  **Direttore/Coordinatore di UO/Servizio** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma di autorizzazione del**  **Direttore/Coordinatore di Dipartimento** |  |