



Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione

**Scheda iscrizione attività formativa
DIPENDENTI AOUI VERONA**

MU103150 57/A

Rev. 3 del 21/12/2018

Pagina 1 di 1

ID PROVIDER: 39 N. EVENTO 39-250339

TITOLO EVENTO CORSO BASE TEORICO PRATICO PER INFERMIERI DI SALA OPERATORIA

DATA: ☐ 11/11

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ROMINA LEARDINI - N. FAX 3587

Cognome _____ **Nome** _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

Residenza Via _____ **N.** _____ **Città** _____

Prov. _____ **Tel. Cell.** _____ **email.** _____

Ruolo: ☐ Partecipante ☐ Docente/Relatore ☐ Tutor ☐ Responsabile/Coordinatore attività FSC

Professione _____ **Disciplina** _____

Ordine _____ **Provincia** _____

Profilo lavorativo attuale

☐ D = Dipendente AOUI ☐ C = Dipendente UNIVR ☐ Studente Universitario

U. O./Servizio di appartenenza _____

Ente di appartenenza _____

Provincia in cui opera prevalentemente _____

☐ **L'ACQUISIZIONE DEI CREDITI FORMATIVI ECM E' SUBORDINATA a:** 1) compilazione del questionario di gradimento ECM 2) superamento del test di apprendimento 3) presenza in aula pari al 90% del totale delle ore formative

☐ **Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003 e successive integrazioni,** dichiaro di essere informato, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

- 1) Attività formativa aziendale svolta nelle sedi dell'AOUI di Verona in regime di aggiornamento obbligatorio con timbratura F1
- 2) Attività formativa aziendale svolta al di fuori delle sedi dell'AOUI di Verona, ma riconosciuta come aggiornamento obbligatorio F1

Firma il Direttore/Coordinatore _____

- 3) L'attività formativa non verrà effettuata in regime di aggiornamento obbligatorio con timbratura F1, ma al di fuori dell'orario di lavoro.

Firma il partecipante _____