



Regione Piemonte



Azienda Ospedaliera Universitaria
Citta' della Salute e della Scienza
di Torino



CITTA' DI TORINO
Direzione Politiche Sociali e
rapporti con le Aziende Sanitarie
Area Servizi Sociali



CentroSLA
Torino
Centro Sclerosi laterale
amiotrofica
di Torino

**MODULO DI ISCRIZIONE
CORSO di FORMAZIONE PERMANENTE
"L'ASSISTENZA AL MALATO DI SLA"**

Cognome e nome | _____ |

Nato/a a | _____ | il |__|/|__|/|__| |

Indirizzo | _____ | N. | ____ |

Città | _____ | Prov. |__| |

C.a.p. |__| | Tel. |__| | / |__| |

Cell. |__| | / |__| | E-mail | _____ |

Codice fiscale |__| |

Nazionalità | _____ | Cittadinanza | _____ |

Domicilio (da compilare solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

Indirizzo | _____ | N. | ____ | Città

| _____ | Prov. |__| | C.a.p.

|__| | Tel. |__| | / |__| |

Titolo di Studio | _____ |

conseguito presso | _____ |

nell'anno | ____ |

Professione attuale

| _____ |

Assunt* dal |__| | / |__| | / |__| |

Ente di appartenenza | _____ |

Servizio | _____ |

Città | _____ | Prov. |__| |

C.a.p. |__| | Tel. |__| | / |__| |

Fax |__| | / |__| |

Torino,

(firma)



CURRICULUM ESPERIENZE LAVORATIVE

CORSO di FORMAZIONE PERMANENTE

“L’ASSISTENZA AL MALATO DI SLA”

Cognome | _____ | Nome _____ |

<i>Ente</i>	<i>Servizio</i>	<i>Funzioni / Tipologia di utenti</i>	<i>Periodo (dal ...al ...)</i>
			Dal al
			Dal al
			Dal al
			Dal al
			Dal al
			Dal al

Torino,

(firma)

Il/la sottoscritto/a | _____ |

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data

(firma)