



**RICHIESTA di PARTECIPAZIONE a  
PROGETTO FORMATIVO INTERNO all'ASL 3**

**Trasmettere all'U.O.a. O.S.R.U. – Settore Formazione e Didattica  
(per informazioni: – tel. 011.439.3769-3840-3953)**

**SCHEDA di ISCRIZIONE**

<b>Il/la sottoscritto/a</b>	
<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Unità Operativa</b>	n. telefono interno: _____
<b>Profilo Professionale</b> per i Medici specificare <b>DISCIPLINA</b>	
<b>Codice Fiscale (*)</b>	
<b>Indirizzo (*)</b>	Via/C.so _____ CAP: _____ Comune: _____ Prov.: _____
<b>Telefono FAX E-MAIL (*)</b>	
(*) I dati richiesti sono necessari per i crediti ECM	

*Il trattamento dei dati personali avverrà in ottemperanza dei principi e delle disposizioni del D.Lgs. 196 del 30.6.2003*

**Richiede di partecipare alla seguente iniziativa formativa interna all'ASL 3**

**Titolo:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Sede** \_\_\_\_\_

**predisposta da:**

- O.S.R.U  
 Dipartimento \_\_\_\_\_  
 U.O.a. \_\_\_\_\_  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

Torino, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vista la suddetta richiesta**

- si autorizza** la partecipazione IN ORARIO DI SERVIZIO  
 **non si autorizza** perché \_\_\_\_\_

**Firma del Responsabile U.O.**

Torino, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_