



Entro di Formazione IRC/ERC  
**“LIDO DI ROMA”**

Direttore: DOTT. A. TREVISAN

SCHEDA DI ADESIONE AL CORSO DI: BLS – BLSD – DP – PTC – ALS  
 (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO – IN NERETTO I CAMPI OBLIGATORI PER  
 L’ASSEGNAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI)

CORSO DI \_\_\_\_\_ DATA \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

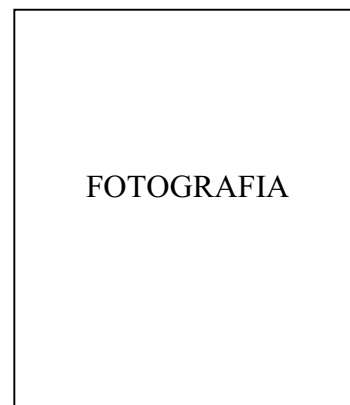
MEDICO

INFERMIERE PROF.

SOCCORRITORE

STUDENTE

ALTRO  \_\_\_\_\_



NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ CELL.: \_\_\_\_\_

E.MAIL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE IN \_\_\_\_\_

AREA DI INTERESSE \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell’art. 10 della legge n° 675 del 31/12/96 relativa alla tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. La informiamo che tutti i suoi dati personali sono custoditi nell’archivio dati del Centro di Formazione IRC “Lido di Roma” e saranno utilizzati unicamente a scopo statistico dall’IRC e a scopo di controllo e verifica dal Ministero della Sanità.

Preso visione dell’informativa e sull’utilizzo dei miei dati:

DO’ IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

FIRMA DELL’ISCRITTO AL CORSO

\_\_\_\_\_