



DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita (Città-Stato) _____

Nazionalità _____ Titolo di studio _____

E-mail _____

Codice Fiscale (**obbligatorio solo per i residenti in Italia**) _____

Posizione ricoperta _____

Qualifica contrattuale

- Direttore generale
 Direttore amministrativo
 Direttore sanitario
 Direttore delle professioni sanitarie
 Direttore sociale
 Direttore di dipartimento
 Direttore di distretto
 Direttore di presidio ospedaliero
 Dirigente medico/sanitario responsabile di struttura
 Dirigente medico
 Dirigente PTA responsabile di struttura
 Dirigente PTA
 Coordinatore delle professioni sanitarie
 Operatore delle professioni sanitarie
 Quadro intermedio/Impiegato
 Altro _____

Area di appartenenza

- Direzione sanitaria
 Direzione delle professioni sanitarie
 Area Ospedaliera - Medicina
 Area Ospedaliera - Chirurgia
 Area Ospedaliera - Emergenza-Urgenza
 Area Ospedaliera - Servizi _____
 Area Sociale
 Area Medicina Territoriale
 Area Veterinaria
 Area Amministrativa - Affari generali e legali
 Area Amministrativa - Personale e organizzazione
 Area Amministrativa - Economico/finanziario
 Area Amministrativa - Provveditorato/economato
 Area Amministrativa - Servizi tecnico-logistici
 Area Amministrativa - Sistemi informativi
 Altro _____

DATI SEDE LEGALE (intestazione fattura)

Ragione Sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale (indicare anche se uguale a Partita IVA) _____

La fattura dovrà essere inviata a:

 Sede legale _____
Ufficio/servizio _____ Altro indirizzo _____

_____SEDE OPERATIVA DEL PARTECIPANTE
(compilare solo se diversa dalla sede legale)

Ragione sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Persona da contattare per conferma iscrizione/comunicazioni varie

Cognome e Nome _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

