

MANAGEMENT DEI SERVIZI TERRITORIALI



Dal 19/03/2012 al 21/03/2012

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita (Città-Stato) **(obbligatorio)** _____

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 _____

SDA Bocconi School of Management

Università Commerciale Luigi Bocconi - SDA Bocconi School of Management

Sede Legale: Via Sarfatti 25, 20136 Milano - Partita IVA 03628350153 - Codice Fiscale 80024610158

Sede Operativa: Via Bocconi 8, 20136 Milano | Tel. 02 5836.6885 | Fax 02 5836.6833 | E-mail: corso.intenza@sdabocconi.it

