

# RILANCIARE LA LINE AMMINISTRATIVA E LO STAFF DELLE AZIENDE SANITARIE

## RUOLI EMERGENTI E OTTIMIZZAZIONE DEI PROCESSI



Dal 16/05/2012 al 18/05/2012

### 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 5836.6802 | Fax 02 5836.6833 | E-mail: corso.valli@sdbocconi.it

