

## ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE CURE PRIMARIE



Dal 17/10/2012 al 21/11/2012

## 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

