

## HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT E VALUTAZIONI ECONOMICHE IN SANITA'



Dal 26/03/2012 al 28/03/2012

## 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

