

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

La presente richiesta di iscrizione deve essere compilata in ogni sua parte, sottoscritta ed inviata alla S.C. Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 - Dipartimento di Prevenzione, via Fiume, 137 - La Spezia per email all'indirizzo igiene@asl5.liguria.it.

Il/la sottoscritto/a: *Cognome* _____ *Nome* _____

In qualità di:

- ☐ titolare/gestore di struttura turistico-ricettiva;
- ☐ titolare/gestore di struttura sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale in regime di ricovero e non, inclusi i centri riabilitativi;
- ☐ altro: *specificare* _____

CHIEDE di essere iscritto/a al seguente evento (è possibile indicare un solo evento):

- ☐ **Evento 1:** Rischio legionella nelle strutture turistico-ricettive;
- ☐ **Evento 2:** Rischio legionella nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali in regime di ricovero e non, inclusi i centri riabilitativi.

Nella seguente data:

Evento 1		Evento 2	
DATA/ORARIO	SCADENZA ISCRIZIONE	DATA/ORARIO	SCADENZA ISCRIZIONE
25/03/2025 h 14.00-18.00	10/03/2025	02/04/2025 h 14.00-18.00	18/03/2025

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, autorizza la S.C. Igiene e Sanità Pubblica al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso.

Data _____

Firma _____

CONDIZIONI

1. L'iscrizione al corso è formalizzata mediante la compilazione ed accettazione della presente scheda e si perfeziona con la ricevuta della conferma di iscrizione da parte dell'organizzatore.
2. La S.C. Igiene e Sanità Pubblica si impegna ad erogare il corso di formazione al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsto (50 % della capienza massima dell'aula).
3. L'organizzatore si riserva di destinare una percentuale di posti alle associazioni di categoria, agli Ordini professionali ed ai Comuni.
4. La sede di svolgimento del corso è la Sala Conferenze dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia della Spezia, sita in Corso Nazionale 222, 19125 La Spezia.
5. I due eventi sono gratuiti.
6. L'organizzatore si riserva la facoltà, per eventuali esigenze organizzative, di modificare il programma del corso e sostituire i docenti indicati con esperti di pari livello professionale.

Per accettazione

Data _____

Firma _____