SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3	**SCHEDA ISCRIZIONE CORSI RESIDENZIALI**	FORM.PERS Rev.4- 20/05/2021 **MOD.7**	REGIONE LAZIO

Trasmettere la scheda alla Segreteria del corso all'indirizzo isp.micologico@aslroma3.it e restare in attesa di essere convocati dalla stessa per avere conferma dell'avvenuta iscrizione al corso.

Titolo del Corso: **Micotossicologia Clinica e Territoriale.** **Integrazione tra Ispettorato Micologico e Servizi di emergenza.**
Data e sede di svolgimento: • 1 – 2 – 13 – 15 ottobre 2026 – Sala Bramante – Sede ASL Roma 3, Via di Casal Bernocchi 71B-73, Roma; • 12 – 14 ottobre 2026 – Escursioni micologiche sul campo.

DATI PERSONALI

Cognome	Nome
telefono:	
Indirizzo posta elettronica:	

RAPPORTO ATTIVITA' LAVORATIVA

□ DIPENDENTE □ CONVENZIONATO □ ALTRO_____

Professione:	**Disciplina:** (obbligatoria per l'acquisizione dei crediti ECM per la dirigenza sanitaria)

Svolge Attività lavorativa c/o il servizio di:
Sede:
e-mail: Tel.

Roma,

Firma del dipendente

Vista la richiesta del dipendente si autorizza

Firma del Dirigente responsabile