



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE
Dipartimento Salute



UOC Qualità, Accreditamento, Formazione e Supporto alla Ricerca

OGGETTO: Richiesta partecipazione al CORSO di

**AUTISMO (ASD): IL PUNTO SULLA RICERCA E INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI
IMPLEMENTAZIONE DELLE RISPOSTE TERRITORIALI, SANITARIE E SOCIO SANITARIE**

Ancona, 30 MARZO 2026 (dalle ore 09.00 alle ore 17.00)

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____

Luogo e Data di nascita _____

CODICE FISCALE _____

Qualifica e Sede Lavorativa _____

Indirizzo email _____

N° telefono/cellulare _____

Indirizzo Abitazione _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Consento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 10 Legge 675/96.

CHIEDE

l'iscrizione, in qualità di **PARTECIPANTE** al Corso di Formazione in oggetto.

Specifica di voler partecipare all'evento formativo:

☐ in presenza (Sala Li Madou, Palazzo Li Madou, Via Gentile da Fabriano 2/4 Ancona)

☐ in modalità webinar (on line tramite indirizzo mail) Il link sarà inviato dall'Ufficio Formazione

Distinti saluti.

Il Richiedente

Data _____

N.B. La SCHEDA ANAGRAFICA DEVE ESSERE INVIATA ALL'INDIRIZZO MAIL

formazione.ast.pu@sanita.marche.it

Tel. 0721/366296 – 6290- 6256 – 4391