



## PROGRAMMA REGIONALE PER LA RICERCA L'INNOVAZIONE E L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



### CORSO ITINERANTE DI FORMAZIONE IN TEMA DI HTA

AREA VASTA DI APPARTENENZA: .....

AZIENDA ULSS/OSPEDALIERA DI APPARTENENZA: .....

STRUTTURA DI APPARTENENZA: .....

FUNZIONE (es: dirigente, funzionario...): .....

QUALIFICA (es: medico, farmacista, amministrativo...): .....

CREDITI ECM                      SI        NO   

COGNOME : .....

NOME: .....

TELEFONO: .....

FAX : .....

E-MAIL: .....