

Compilare con carattere stampatello maiuscolo.
Le domande incomplete non saranno accettate

Al Direttore SC Formazione, Ricerca
e Cambiamento Organizzativo
Dott. Giovanni Salis

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ cap. _____

Via _____, n° _____

Tel.(lavoro) _____ tel.(domicilio) _____ cell. _____

E mail _____

Dipendente a tempo Indeterminato - Determinato dell'Azienda _____

Matricola Azienda: N. _____ (rilevare dalla busta paga 2° rigo in alto a sinistra)

Professione: _____

Specializzazione/Disciplina: _____

(N.B. senza l'indicazione della specializzazione/disciplina non si potranno assegnare i crediti ECM)

U.O./Servizio _____ Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda

dal titolo: _____

che si terrà a: _____ il _____

Data e Firma del dipendente _____ / _____

Timbro e Firma per autorizzazione
del Responsabile di Struttura
o del Caposala/Capotecnico/ Coordinatore

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. Il trattamento dei dati personali conferito viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute, alla Regione Sardegna e ad eventuale Provider per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

Titolare del trattamento: Legale Rappresentante dell'Azienda – Responsabile del trattamento: Direttore S.C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo – Incaricati del trattamento:– Dott.ssa Orietta Bargardi -Sig.ra Nevina Mereu – Dott.ssa Maria Teresa Selloni - Sig. Gian Franco Gusai.

Firma _____