

MODULO DI ISCRIZIONE

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte

Alla S. C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente in via _____ n. _____
nel comune di _____, cap _____
Recapito telefonico (lavoro) _____ cellulare _____
E-mail aziendale _____
Dipendente a tempo _____ matricola n. _____
qualifica _____ disciplina (solo per dirigenti medici) _____
in servizio presso U.O./Servizio _____
ASL di _____

Codice Fiscale

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

CHIEDE

di essere iscritto/a all'evento formativo dal titolo:

che si terrà a: _____ dal ____ / ____ / ____ / al ____ / ____ / ____ /

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo, le persone preposte all'organizzazione dell'evento formativo, al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data: _____

il Richiedente

Autorizzazione del Responsabile della Struttura
