Modulo di richiesta di partecipazione
 ai corsi residenziali per **DIPENDENTI** della Asl di Oristano

 **Corso residenziale Le attività psicologiche integrate nei vari servizi sanitari: promozone di sani stili di vita e contrasto alle dipendenze**  -da inviare a

andreakarola.wenzel@asloristano.it;  **- *SCADENZA 22/09/2022***

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E mail aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.(lavoro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.(domicilio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente a tempo  **Indeterminato Determinato**

Qualifica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Disciplina (solo per dirigenti) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso U.O./Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di lavoro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data inizio lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CHIEDE

Di partecipare all’iniziativa formativa proposta da ASL Oristano per l’edizione:

 **edizione uno - tre incontri : 18/10 – 09/11 - 02/12/2022**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all’assegnazione dei crediti formativi. **Firma per consenso**

|  |  |
| --- | --- |
| **ARES Sardegna****Sede: Via Piero della Francesca, 1****09047 Selargius (CA)**P. IVA - C.F.: 03990570925 | **Dipartimento di Staff****SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo** |