Modulo di richiesta di partecipazione   
FSC Gruppo di miglioramento

***“Lo sviluppo di competenze e strumenti di management del coordinatore delle professioni sanitarie”***

***35 ore di frequenza – numero crediti ECM 50***

***Da inviare a:*** [***professionisanitarie@asloristano.it***](mailto:professionisanitarie.oristano@asloristano.it)***; entro il 14 11/2022***

***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 – 5 incontri : 23/11 – 30/11 – 06/12 – 13/12 - 20/12/2022**

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** |