

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

Al Responsabile Ufficio Formazione  
ASL di Nuoro

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
tel.(lavoro) \_\_\_\_\_ tel.(domicilio) \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo  indeterminato  determinato   
con la qualifica (scrivere per esteso) \_\_\_\_\_  
disciplina (solo per dirigenti) \_\_\_\_\_  
in servizio presso U.O./Servizio \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_

**REQUISITI PER SISTEMA ECM**

CODICE FISCALE | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

nato/a il \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alla seguente iniziativa formativa proposta da questa Azienda  
dal titolo \_\_\_\_\_  
che si terrà a \_\_\_\_\_  
nel / nei giorno/i \_\_\_\_\_

**Autorizzo l'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive  
modificazioni ed integrazioni** **SI** **NO**

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

Firma del Caposala/Capotecnico/ Coordinatore  
(solo per il comparto del ruolo sanitario)

Firma per autorizzazione  
del Responsabile di Struttura