



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

Al Responsabile Ufficio Formazione
Azienda Sanitaria di Nuoro
Via Demurtas 1 – 08100 Nuoro

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ cap. _____

Via _____, n° _____

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

E mail _____

dipendente a tempo indeterminato determinato

Qualifica: _____ Disciplina (solo per dirigenti) _____

In servizio presso U.O./Servizio _____

Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

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

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda

dal titolo: _____

che si terrà a: _____

nel / nei giorno/i _____

Data e Firma del dipendente _____ / _____

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 e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.
Titolare del trattamento: Direttore Generale – Responsabile del trattamento: Dott. Giovanni Salis – Incaricati del trattamento: Dott.ssa Caterina Capillupo – Sig.ra Giovanna Sulas – Dott.ssa Lucia Marongiu – Dott.ssa Michela Capra

Firma _____