

**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 \_\_\_\_\_

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

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 richiedente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il versamento della quota di partecipazione, quando dovuto, dovrà essere effettuato solo dopo l'ammissione alla frequenza da parte della Segreteria Organizzativa

ccp: **N. 13049085** ASL Nuoro Via A. Demurtas, 1-Nuoro (08100)

**NB** indicare nella causale il titolo del corso

**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 \_\_\_\_\_