

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 _____