

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

Al Resp.le U.O. Formazione
Area Ospedaliera
P.O. Cesare Zonchello
P.zza Sardegna - 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

Matricola Azienda: N. _____ (rilevare dalla busta paga 2° rigo in alto a sinistra)

COMPARTO DIRIGENZA Professione _____

U.O./Servizio _____

Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

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

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda

dal titolo: _____

che si terrà a: _____ il _____

Data e Firma del dipendente _____ / _____

Timbro e 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: commissario Straordinario – Responsabile del trattamento: Dott.ssa Caterina Capillupo – Incaricati del trattamento: Dott.ssa Caterina Capillupo – Sig.ra Giovanna Sulas – Dott.ssa Lucia Deiana – Dott.ssa Maria Teresa Selloni

Firma _____