



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

Al Resp.le U.O. Formazione
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 _____

Professione: _____

Società/ Associazione Sportiva: _____

- Dirigente
- Tecnico
- Atleta

CODICE FISCALE

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

CHIEDE

Di partecipare al BLS-D riservato ai tesserati delle Società/Associazioni Sportive Dilettantistiche :

che si terrà a: _____ il _____

Data e Firma del richiedente _____ / _____

N:B::Il pagamento della quota di partecipazione dovrà essere effettuato mediante versamento sul Conto Corrente Postale: N. 1 3 0 4 9 0 8 5 oppure mediante bonifico bancario, codice IBAN IT44X0101517300000070188633, intestato a: ASL Nuoro Via A. Demurtas, 1 - 08100 Nuoro e trasmessa unitamente al presente modulo.

Nella causale dovranno essere indicati la data del corso, il nominativo o la Ragione Sociale del soggetto al quale dovrà essere intestata la fattura e i relativi dati fiscali (Indirizzo, Codice Fiscale o Partita IVA)

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 , alla Regione Sardegna e ad eventuale Provider per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

Titolare del trattamento: Legale Rappresentante dell'Azienda – 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 - Sig.ra Fenu Francesca – Sig. Gian Franco Gusai

Firma _____