

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

Al Resp.le Aziendale della Formazione – via piscinas, 5 - 08045 Lanusei

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

Tel.(lavoro): \_\_\_\_\_ Tel.(domicilio) \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Specializzazione/disciplina: \_\_\_\_\_ (Solo per Dirigenti Medici)

- Lavoratore Autonomo /Libero Professionista  
 Dipendente ASL di \_\_\_\_\_  
 Dipendente Ente Pubblico: \_\_\_\_\_  
 Dipendente Privato c/o: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda dal titolo :

**LE SORDITA' INFANTILI**che si terrà a: **Hotel la bitta- loc. porto frailis- TORTOLI' il 30 settembre 2016**

Data e Firma del richiedente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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: Direttore Generale – Responsabile del trattamento: Dott. Antonino Schilirò – Incaricati del trattamento: Dott Antonino Schilirò – Sig.ra Gianna Sanna –  
Firma \_\_\_\_\_

NB: Il versamento di eventuale quota di partecipazione, esente IVA, dovrà essere effettuato su cc ASL4Lanusei, coordinate IBAN IT62Q0101585330000070188483.

Riportare nella causale: titolo del corso, cognome e nome del partecipante e trasmessa unitamente al presente modulo a: [formazione@asllanusei.it](mailto:formazione@asllanusei.it);

*Ai fini della fatturazione i partecipanti dipendenti di altre ASL/AOU/AOB, autorizzati dall'Ente di appartenenza dovranno effettuare il versamento della quota di iscrizione indicando come versante la propria Azienda.*