ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dipartimento di Staff
S.C. Formazione, Ricerca e
Cambiamento Organizzativo

Modulo di richiesta di partecipazione
ai corsi residenziali per **DIPENDENTI** della ATS

Al Servizio Formazione
ASSL di _____

Compilare con carattere stampatello maiuscolo
Le domande incomplete non saranno accettate

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ cap. _____
Via_____, n° _____
Tel.(lavoro) _____ tel.(domicilio)_____ cell._____
E mail_____
dipendente a tempo Indeterminato/Determinato
Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) _____
Qualifica:_____Disciplina (solo per dirigenti) _____
In servizio presso U.O./Servizio _____
Sede di lavoro_____

CODICE FISCALE

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda
dal titolo: **II GIORNATA DELLA RICERCA ATS SARDEGNA**
che si terrà a: **NUORO**
nel giorno: **20 NOVEMBRE 2019**

Data_____ Firma del dipendente _____

Firma del Coordinatore dell'Unità Operativa (solo per il personale del comparto)

_____

Firma del Direttore di Struttura

_____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

Firma per consenso _____