

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

Al Direttore SC Formazione, Ricerca
e Cambiamento Organizzativo
Dott. Giovanni Salis

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____, n° _____

Tel.(lavoro): _____ Tel.(domicilio) _____ Cell. _____

E-mail _____

Professione: _____

Specializzazione/ Disciplina _____

(N.B. senza l'indicazione della specializzazione/disciplina non si potranno assegnare i crediti ECM)

- Lavoratore Autonomo /Libero Professionista
- Convenzionato ASSL di _____
- Dipendente Ente Pubblico: _____
- Dipendente Privato c/o: _____

CODICE FISCALE

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

CHIEDE

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

che si terrà a: _____ il _____

Data e Firma del richiedente _____ / _____

N:B: Per le modalità di versamento di eventuale quota di partecipazione contattare i seguenti numeri: 0784 240476 / 863 / 833 / 413 / 2890

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: Direttore S.C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo – Incaricati del trattamento:– Sig.ra Giovanna Sulas – Dott.ssa Maria Teresa Selloni - Sig. Gian Franco Gusai -

Firma _____