

**Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo**  
**- Responsabile Dott. Giovanni Salis -**  
**Marina Cossu, Mariangela Cadau, Eleonora Faa, Eliana Zuin**

**l'iscrizione va inviata** al Servizio di Psicologia, e-mail: [domenico.putzolu@atssardegna.it](mailto:domenico.putzolu@atssardegna.it);

[servizio.psicologia@aslristano.it](mailto:servizio.psicologia@aslristano.it) **entro il 14 settembre 2018**

**Una finestra sull'Azienda: la comunicazione e la relazione  
nel contatto con il pubblico**

O 1 edizione 09 – 10 ottobre

O 2 edizione 18 – 19 ottobre

**sede: Aula verde P.O. San Martino – Oristano**

*l'iscrizione deve contenere tutti i dati richiesti, chiari e leggibili*

NOME ..... COGNOME .....

nato a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE :**

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

**DIRIGENTE: O MEDICO CHIRURGO O PSICOLOGO O FARMACISTA O SOCIOLOGO**  
(INDICARE IL RUOLO)

**DISCIPLINA \_\_\_\_\_ (SENZA L'INDICAZIONE DELLA  
SPECIALIZZAZIONE/DISCIPLINA NON SI POTRANNO ASSEGNARE I CREDITI ECM)**

**ASSL/U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_**

**DIPENDENTE A TEMPO: O DETERMINATO O INDETERMINATO**

**DATA DI ASSUNZIONE \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_**

**RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_**

**VIA \_\_\_\_\_**

**TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_**

Il trattamento dei dati personali conferito viene effettuato nel rispetto di quanto stabilite dal D.Lgs. n°196/2003, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto 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.

**IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO: DIRETTORE GENERALE ATS**

**DATA**

**FIRMA DEL PARTECIPANTE**

**O PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA**

**firma del Dirigente Responsabile \_\_\_\_\_**