



All'Ufficio Formazione  
c/o Direzione Generale  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI  
CAGLIARI  
Via Ospedale 54, 09124 Cagliari

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ In servizio presso l' Azienda  
Ospedaliero Universitaria di Cagliari, in qualità di \_\_\_\_\_, U.O.  
\_\_\_\_\_, P.O. \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di voler svolgere attività di \_\_\_\_\_ nei corsi di formazione organizzati dal Servizio  
Formazione per l'area:

- **Medico Chirurgica**

1. Specificare l'ambito \_\_\_\_\_

- **Sanitaria non medica**

1. Biologia (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

2. Psicologia (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

3. Farmacia (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

4. Chimica (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

- **Infermieristica/Ostetrica**

1. Specificare l'ambito \_\_\_\_\_

- **Riabilitativa**

1. Linguistica (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

2. Motoria (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

- **Tecnica**

1. Laboratorio (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

2. Radiologia (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

3. Prevenzione ambiente e luoghi di lavoro (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

- Giuridico Amministrativa (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

- Sociologica (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

**Sede Legale:**

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari  
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari  
P.I. e C.F. 03108560925

**Contatti:**

Tel. 070.6092343 / 2599 – Fax: 070.6092344  
email: [dir.generale@aoucagliari.it](mailto:dir.generale@aoucagliari.it)  
email pec: [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it)

**Web:** [www.aouca.it](http://www.aouca.it) – [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)

[facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)  
 [twitter.com/AOUCagliari](https://twitter.com/AOUCagliari)  
 **Youtube: Aou Cagliari Tv**



- Pedagogica (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_
- Informatica e Linguistica (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_
- Qualità / Management (specificare l'ambito) \_\_\_\_\_

A tal fine **dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato di codesta A.O.U. con la qualifica di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
2. di prestare servizio presso \_\_\_\_\_
3. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corsi di validità.

Data, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

*Trattamento e consenso al trattamento dei dati personali*

*La informiamo che i dati personali, che ella fornisce attraverso la compilazione del presente modulo, verranno trattati manualmente e/o con mezzi automatizzati dall' Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, via Ospedale 54 (titolare del trattamento). In relazione al trattamento ella potrà direttamente, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 d.lgs. 196/2003 rivolgendosi direttamente al titolare del trattamento.*

*Firma* \_\_\_\_\_

**Sede Legale:**

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari  
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari  
P.I. e C.F. 03108560925

**Contatti:**

Tel. 070.6092343 / 2599 – Fax: 070.6092344  
email: [dir.generale@aoucagliari.it](mailto:dir.generale@aoucagliari.it)  
email pec: [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it)

**Web:** [www.aouca.it](http://www.aouca.it) – [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)

 [facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)  
 [twitter.com/AOUCagliari](https://twitter.com/AOUCagliari)  
 **Youtube:** Aou Cagliari Tv