



Al Direttore Servizio 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 _____

COMUNICA

Con la presente la propria disponibilità a svolgere attività di Tutor nei corsi di formazione organizzati dal Servizio Formazione .

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 _____

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
email pec: dir.generale@pec.aoucagliari.it

Web: www.aouca.it – www.aoucagliari.it

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