



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore SC Sviluppo Organizzativo e Sistemi  
Informativi-  
UO 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. \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### COMUNICA

Con la presente la propria disponibilità a svolgere attività di supporto nella gestione dei corsi di Primo Soccorso Medical Care e First Aid (ai sensi del DM 16/06/2016), organizzati dall'Ufficio 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.

Firmato \_\_\_\_\_

### Nome struttura

**San Giovanni di Dio**, via Ospedale 54, 09124 Cagliari  
Tel. 070/5109-2235  
Email : [serv.formazione@aoucagliari.it](mailto:serv.formazione@aoucagliari.it)

### Sede legale

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

