

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello e da inviare al Servizio Formazione tramite mail
(serv.formazione@aoucagliari.it, fax – 0706092155-, posta interna,
o recapitato direttamente presso il Servizio

Il/la sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ Cod. Fisc. _____
Dipendente AOU presso U.O. _____
Matricola e data assunzione _____
Ruolo _____ specializzazione (solo per i medici) _____
_____ cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al Corso di Formazione dal titolo _____
che si terrà il _____ dalle ore _____ alle ore _____
_____ li _____

Autorizzazione del Responsabile

(Firma e timbro)

Il Richiedente

La presentazione della scheda implica automaticamente l'iscrizione al corso prescelto.
I partecipanti saranno iscritti al corso in base all'ordine di arrivo delle iscrizioni.
Il Servizio Formazione contatterà il dipendente solo nel caso in cui la stessa non può essere accolta

Per informazione contattare il Servizio Formazione all'indirizzo email serv.formazione@aoucagliari.it,
oppure al numero 0706092155/2157

(*) **Informativa e consenso al trattamento dei dati personali:** Si informa che – ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 – i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dall'Ufficio Formazione in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione del corso ECM e per la realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile del Servizio Formazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali come da informativa di cui sopra.

Firma _____