

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello e da inviare al Servizio Formazione tramite mail
(serv.formazione@oucagliari.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@oucagliari.it,
oppure ai numeri: 070609/2155 – 2157 – 2158.**

(*) **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 _____