



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@oucagliari.it

Sede legale

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

