

MODULO DI ISCRIZIONE

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte

Alla S. C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo

ASSL di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in via _____ n. _____

nel comune di _____, cap _____

Recapito telefonico (lavoro) _____ (domicilio) _____ cell. _____

E-mail aziendale _____

Dipendente a tempo _____ matricola n. _____

qualifica _____ disciplina (solo per dirigenti medici) _____

in servizio presso U.O./Servizio _____

sede di lavoro _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere iscritto/a all'evento formativo dal titolo:

che si terrà a: _____ il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo, le persone preposte all'organizzazione dell'evento formativo, al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data: _____

il Richiedente

Autorizzazione del Responsabile della Struttura
