

Modulo di richiesta di partecipazione ai corsi residenziali per
NON DIPENDENTI ATS - E CONVENZIONATI

Al Servizio Formazione
ASSL di _____

Compilare con carattere stampatello maiuscolo
Le domande incomplete non saranno accettate

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ cap. _____

Via _____, n° _____

Tel.(lavoro) _____ tel.(domicilio) _____ cell. _____

E mail _____

Professione : _____

Specializzazione/Disciplina : _____

(N.B. senza l'indicazione della specializzazione /disciplina non si potranno assegnare i crediti ECM)

Lavoratore Autonomo /Libero Professionista

Dipendente ASL di _____

Dipendente Ente Pubblico: _____

Dipendente Privato c/o: _____

CODICE FISCALE

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

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda dal titolo :

che si terrà a: _____ il _____

Data e Firma del richiedente _____ / _____

N:B: Per le modalità di versamento di eventuale quota di partecipazione contattare l'U.O. Formazione ai seguenti numeri: 0784 240 177 / 863 / 413 / 537 / 982

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

Firma per consenso _____