

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello e da inviare all'Ufficio Formazione tramite mail serv.formazione@aoucagliari.it, posta interna o recapitato direttamente presso l'Ufficio)

Il/la sottoscritt _____
nata/o _____ il _____ residente a _____
_____ in Via _____
Cod. Fisc. _____
Dipendente AOU presso Unità Operativa _____
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

L'iscrizione dovrà essere confermata dalla Segreteria dell'ufficio Formazione.

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 informazioni contattare l'Ufficio Formazione all'indirizzo e-mail serv.formazione@aoucagliari.it, oppure al numero 070 5109-2129-2132.

La compilazione del presente file è possibile col software Acrobat Reader: <https://www.adobe.com/it/acrobat/pdf-reader.html>

(*) Informativa e consenso al trattamento dei dati personali: Si informa che – ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. – i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dall'Ufficio Formazione solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e per la realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti.

Per maggiori informazioni ed i propri diritti ai sensi degli artt. 15-22 del GDPR, si prega di prendere visione dell'Informativa Privacy per dipendenti e personale in servizio nell'AOU di Cagliari, disponibile sul sito web istituzionale www.aoucagliari.it nella sezione Privacy.