

Modulo Richiesta di partecipazione ai Progetti Formativi

Compilare con carattere stampatello maiuscolo
Le domande incomplete non saranno accettate

**Al Direttore SC Formazione,
Ricerca e Cambiamento Organizzativo**

Il/La Sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale

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

Indirizzo di Residenza _____ CAP _____ Città _____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

Professione _____ Eventuale Disciplina ECM _____

Dipendente del Servizio Sanitario Regionale **SI** **NO**

SEZIONE DA COMPILARE SOLO DAI DIPENDENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipendente a tempo Indeterminato/Determinato _____

Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) _____

Azienda Sanitaria Regionale di appartenenza _____

In servizio presso U.O./Servizio _____

Sede di lavoro _____

CHIEDE
di partecipare al Progetto Formativo:

TITOLO _____

SEDE DI SVOLGIMENTO O FAD SINCRONA _____

DATA DI SVOLGIMENTO (dal – al) _____

Data _____ Firma _____

Firma del Coordinatore dell'U.O. *(per il personale dipendente del comparto)* _____

Firma del Direttore di Struttura *(per il personale dipendente)* _____

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 _____