

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** \_\_\_\_\_