

Allegato "A"

1264

- 6 DIC. 2016

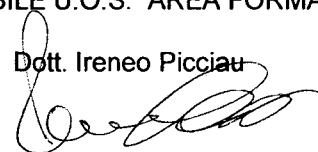
Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori Sede Evento Formativo " Nuova Passeb e Uniemeas Lista PosPA. Le nuove modalità di certificazione della posizione assicurativa dei dipendenti pubblici"

Cagliari, 13 dicembre 2016

Il presente allegato è composto da n° 43 fogli
di n°43 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Al Responsabile Area Formazione
Sede



Oggetto: invio richieste corso di aggiornamento obbligatorio dipendenti del Servizio del Personale.

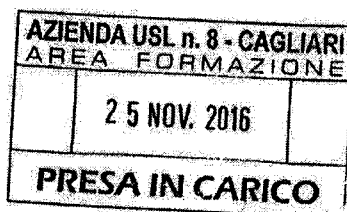
Con la presente si trasmettono i moduli di richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale per il corso *"Nuova Passab e Uniemes ListaPosPA. Le nuove modalità di certificazione della posizione assicurativa dei dipendenti pubblici"* organizzato dalla Maggiori Formazione per il prossimo 13 Dicembre presso il Caesar's Hotel di Cagliari.

Di seguito l'elenco dei dipendenti dello scrivente servizio che parteciperanno all'evento e il relativo stampato contenente tutti i dettagli del corso in argomento il cui costo complessivo è di € 2.100,00 (*offerta esclusiva 3x2*) e che nel frontespizio superiore della prima pagina contiene l'autorizzazione del Direttore Amministrativo Aziendale:

1. Maria Cristina Columbano (settore previdenziale);
2. Paola Megna (settore previdenziale);
3. Valentina Cinus (settore previdenziale);
4. Gabriella Sassu (settore previdenziale);
5. Andrea Angius (settore economico);
6. Claudio Pitzalis (settore economico);
7. Paola Tidu (settore economico);
8. Maria Ilaria Frau (settore economico);
9. Giovanni Santucci (settore economico).

Distinti saluti

Il Responsabile del Servizio del Personale f.f.
Dr.ssa Angela Pingiori



Il Funzionario Referente A.C. 

Mittente: formazione@maggioli.it
Destinatario: paolatidu@asl8cagliari.it
Data: 22/11/2016 11:45
Oggetto: corso "Nuova PassWeb" CAGLIARI 13 dicembre

Gentilissima
come da accordi intercorsi, comunichiamo che per la partecipazione di 9 dipendenti al corso in oggetto
verrà applicata una quota complessiva di € 2.100 esente iva.

La invitiamo a far pervenire le iscrizioni entro il 28 novembre, facendo riferimento al presente accordo per la
corretta applicazione dell'agevolazione.

Cordiali saluti

Segreteria Divisione Formazione
Tel. 0541 62.88.40 - Fax 0541 62.87.68
formazione@maggioli.it
www.formazione.maggioli.it



Allegati:

f

L'entrate
u.u. 16
S



Corso di aggiornamento
**Nuova Passweb e Uniemes ListaPosPa:
Le nuove modalità di certificazione della posizione assicurativa
dei dipendenti pubblici**
Cagliari 13 dicembre 2016 FGPE161213

Il consolidamento del progetto della banca dati delle posizioni assicurative dei dipendenti iscritti alla gestione pubblica e la nuova modalità di liquidazione della pensione impongono all'ente pubblico un nuovo ruolo. In particolare, alla Pubblica Amministrazione spetta la funzione di implementazione, controllo e correzione delle posizioni assicurative dei propri lavoratori, partecipando alla gestione del nuovo processo di liquidazione della prestazione pensionistica e previdenziale TFS/TFR.

Le procedure informatiche messe a disposizione dall'Istituto di previdenza per la realizzazione di questi compiti sono le seguenti:

- uniemens ListaPosPA per l'attivazione delle posizioni assicurative a decorrere dal 01.10.2012 quale unico canale di comunicazione dei dati retributivi e contributivi degli iscritti;
- nuova passweb per l'accertamento, la verifica e l'aggiornamento delle posizioni assicurative, relativamente ai periodi di servizio fino al 30.09.2012.

Il corso si propone di fornire le conoscenze necessarie per un corretto utilizzo della procedura informatica Passweb, nella modalità "nuova passweb", e per la compilazione e gestione delle sezioni della denuncia mensile ListaPosPa, con particolare riferimento al quadro VI relativo a periodi progressi, nelle diverse modalità attuative dei codici "causate variazione" correlati.

DESTINATARI

Dirigenti e funzionari degli Uffici previdenza/pensioni di Aziende USL, Regioni, Enti Locali ed altri Enti iscritti.

PROGRAMMA

Parte teorica

- I principali aspetti e funzionalità degli applicativi informatici con riferimento alle vigenti disposizioni normative in materia previdenziale e contributiva, e agli adempimenti previsti dalle Circolari Inps 49/2014, 148/2014, 12/2016 e 54/2016.

Parte pratica

- Esame delle procedure per l'inserimento e l'aggiornamento dei dati relativi ai servizi e alle retribuzioni utili alla pensione per la gestione della posizione assicurativa. Risoluzione di esempi e casi pratici.

DOCENTE

Tiziana Franzoni,

Funzionario INPS. Esperto in materia di entrate e posizioni assicurative gestione dipendenti pubblici.

ORARI DI SVOLGIMENTO

09.00 - 13.00; 14.30 - 17.00

QUOTA DI PARTECIPAZIONE INDIVIDUALE

€ 430 + IVA*

€ 380 + IVA* per iscrizioni entro il 28 novembre.

€ 180 (esente IVA) per le Amministrazioni comunali con popolazione inferiore a 8000 abitanti.

La quota comprende materiale didattico, accesso gratuito per 30 giorni al servizio internet Maggioli *ilpersonale.it*, colazione di lavoro.

* Se la fattura è intestata ad Ente Pubblica, la quota è esente IVA, ai sensi dell'art. 10, D.P.R. n. 633/72 (e successive modificazioni)

SEDI DI SVOLGIMENTO

Caesar's Hotel - Cagliari

Via Darwin 2/4 - tel. 070 340750

In auto: Dalla S.S. 131 ci si immette sull'asse mediano attraverso lo svincolo Cagliari/San Benedetto.

Procedere diritto, alla biforcazione girare a dx direzione Ospedale Binaghi. Alla rotonda seguire indicazioni Caesar Hotel

In treno: l'Hotel dista un paio di km dalla stazione ferroviaria di Cagliari.

PROMOZIONI

Per questa iniziativa:

offerta esclusiva 3x2

Per partecipanti provenienti da uno stesso Ente/Azienda è prevista la possibilità di una iscrizione gratuita ogni due iscrizioni paganti.

Novità: da settembre 2016 applicabile anche ai Comuni con popolazione inferiore a 8.000 abitanti.

sconto del 10%

per gli abbonati 2016 alla rivista internet "*ilpersonale.it*".

Questa promozione non è cumulabile con la quota agevolata disponibile fino a 15 giorni dalla data dell'evento, nè con la quota per Comuni con popolazione inferiore a 8000 abitanti.



MAGGIOLI FORMAZIONE
Tel. 0541 628840 fax 0541 628768 - formazione@maggioli.it www.formazione.maggioli.it

Modulo di adesione

L'iniziativa è a numero chiuso.

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO Per effettuare l'iscrizione occorre inviare il modulo di adesione via fax o via mail oppure procedere con l'iscrizione on-line dal sito www.formazione.maggioli.it. Il contratto si intenderà concluso, quindi efficace e vincolante tra le parti con il ricevimento da parte di Maggioli spa della scheda di iscrizione e del presente modulo sottoscritti dal cliente, quale accettazione della proposta contrattuale. La sottoscrizione del presente modulo e della scheda di iscrizione da parte del cliente vale come accettazione delle condizioni ivi previste. In caso di iscrizione on line il contratto si intenderà concluso, e quindi efficace e vincolante tra le parti nel momento in cui il cliente avrà inoltrato telematicamente il modulo di iscrizione seguendo l'apposita procedura: on line. Qualora il cliente sia un ente pubblico o una società pubblica dovrà inviare, anche in caso di iscrizione on line, copia della determina e/o dell'impegno di spesa.

ANNULLAMENTO ISCRIZIONE Qualora l'annullamento dell'iscrizione venga comunicato a meno di sette giorni dalla data dell'iniziativa, si provvederà a fatturare l'intera quota di partecipazione, così come anche nel caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei sei giorni precedenti la data dell'iniziativa. È sempre possibile per uno stesso Ente la sostituzione del nominativo di uno o più iscritti. Per motivi organizzativi, non si accetteranno iscrizioni presentate il giorno stesso dell'iniziativa.

SEGRETERIA La segreteria apre mezz'ora prima dell'inizio dell'iniziativa di studio e rimane a disposizione dei partecipanti per tutta la sua durata.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO Gli eventi si svolgeranno nei luoghi e nelle ore indicate dalla direzione nella scheda di presentazione dell'iniziativa. La direzione potrà in ogni caso modificare i luoghi, le date e gli orari, così come annullare l'iniziativa previa comunicazione, anche telefonica al cliente; in tal caso il cliente, in sostituzione del rimborso della quota eventualmente già versata potrà richiedere di partecipare all'edizione successiva, se prevista o ad altro corso, salvo conguaglio. Maggioli spa in ogni caso non sarà tenuta a rimborsare al cliente null'altro che l'eventuale quota già versata non assumendosi alcuna responsabilità per eventuali costi aggiuntivi sostenuti dal cliente (prenotazioni alberghiere, spese di trasporto ecc.). Essa, inoltre, si riserva in ogni momento e senza preavviso, di apportare modifiche al calendario dei lavori di ciascuna iniziativa pur garantendo il rispetto delle tematiche indicate nella scheda di presentazione dell'iniziativa, così come di apportare modifiche alla composizione del corpo docente senza che da ciò derivi alcun diritto alla restituzione del corrispettivo da parte del cliente. Al pari la mancata partecipazione al corso o a singole lezioni non darà diritto alla restituzione del corrispettivo.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione che potrà costituire valido titolo personale di qualificazione professionale.

MODALITÀ DI PAGAMENTO Il cliente potrà provvedere al pagamento scegliendo una delle seguenti opzioni:
- Conto corrente bancario IBAN IT 47 Y 05387 68020 000000006525 intestato a Maggioli spa
c/o Banca Popolare dell'Emilia Romagna, Filiale di Santarcangelo di Romagna (RN);
- Conto corrente postale n. 31669567 intestato a Maggioli SpA - clienti 03

Nella causale del versamento si prega di indicare il codice dell'iniziativa e il nominativo del partecipante
Qualora il cliente sia un'azienda privata o una persona fisica che partecipa all'evento a titolo personale il pagamento dovrà avvenire prima della data di svolgimento dell'iniziativa. Copia della ricevuta dell'avvenuto versamento dovrà essere trasmessa anticipatamente via fax alla segreteria organizzativa. Qualora il cliente sia un ente pubblico o una società pubblica il pagamento dovrà avvenire a 30 giorni dalla data di fatturazione.

I corsi / seminari / convegni a catalogo non sono configurabili come appalti di servizi. Pertanto per il loro acquisto non è necessario richiedere il CIG. Si veda paragrafo 3,9 della Determinazione dell'AVCP n. 4 del 7 luglio 2011.

Maggioli SpA si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della Legge 13/08/2010 n.136 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Documento Unico di Regolarità Contributiva in corso di validità è disponibile sul sito www.maggioli.it cliccando, a fondo pagina, sulla voce DURC.

Maggioli Formazione è un marchio di proprietà di Maggioli SpA - Via del Carpino 8, 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
Codice fiscale 06188330150 Partita Iva 02066400405 - Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001

Titolo Evento: _____
Sede e Data: _____

DATI DEL PARTECIPANTE

NOME E COGNOME _____

CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante) _____

INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX. _____

E-MAIL (no indirizzi PEC) _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA _____

VIA _____ (SEDE LEGALE) N. _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

PARTITA IVA _____

CODICE FISCALE (sempre obbligatorio) _____

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica) _____

CIG (se richiesto) _____ CUP (se richiesto) _____

Luogo e data: _____
Firma del cliente: _____

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente).

Luogo e data: _____
Firma del cliente: _____

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

INFORMATIVA EX ART. 13
D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a., titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento. Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpiño, 08 - ufficio privacy. ☐

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a ANDREA ANGIUS
Nato/a a CAGLIARI Il (gg/mm/aaaa) 06.11.1962
Matricola n. 868
Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE
Indirizzo di lavoro VIA PIER DELLA FRANCESCA, 1 - SELANGIUS
Posizione funzionale COLLAB. AMM. VO
Qualifica u u
Telefono /cellulare 070 3083255 e-mail ANDREA.ANGIUS@ASLBCAGLIARI.IT

Area contrattuale:

- Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa): 22.11.2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) ANDREA ANGIUS

Firma (leggibile)

Andrea Angius

3. Dati dell'attività formativa

 Titolo: NUOVA PASSWEB E UNIEMENS Cisca POSPA - LE NUOVE TECNICHE'

 Sede: CAGLIARI

 Data: da (gg/mm/aaaa) 13.12.2016 a (gg/mm/aaaa) 13.12.2016

 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: DA 09:13 A 16:30 - 17:00

 Organizzatore: MAGGIORE FORMAZIONE

 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPILO - RAVENNA

 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02066400405

 Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233,33</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

 Totale spesa presunta: € 233,33 (2.100 x 9 iscritti)

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)
NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NUOVE CONSULENZE GESTIONE POSPA

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE


AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spese rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SÌ:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a CINUS VALENTINA
Nato/a a CAGLIARI Il (gg/mm/aaaa) 14/07/1978
Matricola n. 54503
Struttura di appartenenza ASL 8 CAGLIARI - SERVIZIO PERSONALE
Indirizzo di lavoro VIA PIERO DELLA FRANCESCA, 1
Posizione funzionale _____
Qualifica COORDINATORE AMMINISTRATIVO
Telefono /cellulare 070/609 32 39 e-mail VALENTINACINUS@ASL8.CAGLIARI.IT
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) VALENTINA CINUS

Firma (leggibile) Valentina Cinus

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSIVEB E UNIKES LISTA POS PA

Sede: CAGLIARI - CAESAR'S HOTEL

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) 13/12/2016

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: ORE 6 e 30 MINUTI

Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE SPA

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO 8 - 47822 - SANI ARGINELLO LI ROTTAFINA (RN)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 061888330150 - 06066400405

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

4. Somma di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233,33</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 233,33

Risorse economiche:

budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale:
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

Handwritten mark

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

*Il corretto utilizzo delle procedure informatiche per la gestione
messa in essere al fine di migliorare la qualità delle prestazioni
personali e favorire le*

Luogo: Selargius

Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a MARIA CRISTINA COLUBANO
Nato/a a CONVESA il (gg/mm/aaaa) 09/01/1986
Matricola n. 45850
Struttura di appartenenza SERVIZIO DEL PERSONALE
Indirizzo di lavoro VIA PIER BOLLIA FRANCOISCA, 2 BRUXE SECARGUS
Posizione funzionale COLLABORATORE INF. LO ATTORE STRATIB
Qualifica _____
Telefono /cellulare 070/6093290 e-mail MARIA CRISTINA COLUBANO@ASLUGCAGLIARI.IT
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MARIA CRISTINA COLUBANO

Firma (leggibile) Maria Cristina Colubano

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWER E UNICENS LISTA POSTA

Sede: CAESAR'S HOTEL - CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) 13/12/2016

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 6 ORE E TRENTA MINUTI

Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE SIA

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CAPPINO, 8 47822

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 06188330150 / 02066400405 SANTARCANGELO
DE DONAGNA (RN)

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233,33</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 233,33

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

*Corretto utilizzo procedura informatica PassWEB gestione
nuovo processo di qualificazione personale personalizzato e
previdenziale.*

Luogo: *Seloytus*

Data (gg/mm/aaaa): *22-11-16*

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a FRAU MARIA ILARIA
Nato/a a SINI il (gg/mm/aaaa) 27/6/1968
Matricola n. 53374
Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE / SETTORE ECONOMICO
Indirizzo di lavoro VIA PIER DELLA FRANCESCA 1
Posizione funzionale ASSISTENTE AMM. JO
Qualifica " "
Telefono /cellulare 070 6093276 e-mail ilaria.frau@asl8cagliari.it
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/4/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) ILARIA FRAU

Firma (leggibile) Ilaria Frau

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWEB E UNICHENS LISTA POSPA

Sede: CAGUARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) /

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 9-13 14,30-17,00

Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO - RADENNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: _____

Attività ECM? Sì No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>283,33</u>
• Viaggio:	€ _____
• Albergo:	€ _____
• Pasti:	€ _____
• Altre spese:	€ _____

Totale spesa presunta: € 283,33 (2100 x 9 iscritti)

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole
 Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NOVE PRODUTTA GESTIONE POSPA

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a MEGNA PAOLA

Nato/a a CARBONIA Il (gg/mm/aaaa) 04/01/1967

Matricola n. 23637

Struttura di appartenenza SERVIZIO DEL PERSONALE

Indirizzo di lavoro VIA AEREO DELLA FRANCESCA 1

Posizione funzionale COLLABORATORE AMM.VO PROF.UE

Qualifica _____

Telefono /cellulare 0706093363 e-mail paola.megna@asl2cagliari.it

Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) PAOLA MEGNA

Firma (leggibile) paola.megna

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASQUEB E UNIEMES LISTA ASPA

Sede: CAGLIARI CAESAR'S HOTEL

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) _____

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 46,30

Organizzatore: MAGGIOLI SPA

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO, 8-47822 SARTARANUELO DI ROMAGNA (RN)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 06188330150 / P.IVA 02066400605

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233,33</u>
• Viaggio:	€ _____
• Albergo:	€ _____
• Pasti:	€ _____
• Altre spese:	€ _____

Totale spesa presunta: € 233,33

Risorse economiche:

budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

*Corretto utilizzo procedura informatica. Persone gestione
nuovi processi liquidazione prestazioni permanenti e
previsione del*

Luogo: Selargus

Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a PITZAUS CLAUDIO
Nato/a a SUELLO Il (gg/mm/aaaa) 21/9/66
Matricola n. 50606
Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE
Indirizzo di lavoro V. P. DELLA FRANCESCA, 1
Posizione funzionale COLL. RE AMM. VO
Qualifica 4 7
Telefono /cellulare 070/6093364 e-mail CLAUDIO.PITZAUS@ASL8CAGLIARI.IT
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) CLAUDIO PITZAUS

Firma (leggibile) [Firma]

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWEB E UNIFORMES LISTA POSPA
 Sede: CAGLIARI
 Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/16 a (gg/mm/aaaa) 13/12/16
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 9.00-13.00 A 14.00-17.00
 Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO 8 - PAVENHA
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02066400405
 Attività ECM? Sì No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì No
 SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233,33 (2100 / 9)</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € _____

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NUOVE STRUTTURE GESTIONE POSPA

Luogo: Selenia

Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angelina Ingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI SANTUCCI
Nato/a a ANAGNI (FR) Il (gg/mm/aaaa) 08/05/1972
Matricola n. _____
Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE - SETTORE ECONOMICO
Indirizzo di lavoro VIA PIERO DELLA FRANCESCA, 1
Posizione funzionale IMPIEGATO
Qualifica _____
Telefono /cellulare 329/6465690 e-mail G.SANTUCCI-ASL8@ALCSERVIZI.IT
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 29/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GIOVANNI SANTUCCI

Firma (leggibile) Giovanni Santucci

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWEB E UNIMENS LISTA POSPA - LE NUOVE MODALITA...
 Sede: CAGLIARI
 Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) 13/12/2016
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 9,00 - 13,00 / 14,30 - 17,00
 Organizzatore: MAGGIOLI - FORMAZIONE
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO, 8 S. ARCANGELO Di ROMAGLIANO
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02066400405
 Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No
 SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>237,33 (€ 2.100 ÷ 9 iscritti)</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € _____

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale:

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NUOVE IN SANITÀ GESTIONE ROSPA

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello) (Dot.ssa Angela ringiari)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Timbro e firma (leggibile) IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a GABRIELLA SASSU

Nato/a a SASSARI Il (gg/mm/aaaa) 10/12/1966

Matricola n. 51879

Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE

Indirizzo di lavoro VIA PIERA DELLA FRANCESCA 1 SELARGIUS 09047

Posizione funzionale ASSISTENTE

Qualifica ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

Telefono/cellulare 090/6093349 e-mail gabriella.sassu@asl3cagliari.it

Area contrattuale:

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
- Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GABRIELLA SASSU

Firma (leggibile) _____

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWEB E UNIMES LISIA POSPA

Sede: CAGLIARI CAESARIS HOTEL

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) 13/12/2016

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 6 ORE E 30 MINUTI

Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE DI MAGGIOLI SPA

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL GARDINO 8 57822 SANTARCANGELO DI ROSSANO (RN)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 06188330450 / 02066400405

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ 233,33
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 233,33

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NECESSARIO ADEGUAMENTO DELLE CONOSCENZE NELL'AMBITO
DELLA GESTIONE DEL NUOVO PROCESSO DI L'AVVIAMENTO DELLE
PRESTAZIONI PENSIAMISTICHE - PROCEDURA INFORMATICA PRESSO

Luogo: Selargus

Data (gg/mm/aaaa): 22-11-16

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dot.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale)
almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Paola TADU
Nato/a a DECIOMANNU Il (gg/mm/aaaa) 19/08/67
Matricola n. 45764
Struttura di appartenenza SERVIZIO PERSONALE / SETTORE ECONOMICO
Indirizzo di lavoro VIA PIER DELLA FRANCESCA 1 SELARGIUS
Posizione funzionale COLLABORATORE PROF. LE AMM. VO
Qualifica h h
Telefono /cellulare 070 6093253 e-mail paola.tadu@asl8cagliari.it
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 22/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) PAOLA TADU
Firma (leggibile) Paola Tadu

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: NUOVA PASSWEB e UNIHENS LISTA-POSTA

Sede: CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/12/2016 a (gg/mm/aaaa) /

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 9,00 - 13,00 14,30 - 17,00

Organizzatore: MAGGIOLI FORMAZIONE

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA DEL CARPINO 8 RAVENNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 02066400405

Attività ECM? SI No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: SI No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>233 33</u> (2.100 x 9 PARTECIPANTI)
• Viaggio:	€ <u>1</u>
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 233 33

Risorse economiche:

- budget dell'Azienda
 fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____

(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

NUOVE MODALITA' GESTIONE POSPA

Luogo: Sedoya

Data (gg/mm/aaaa): 22-11-10

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

(Dott.ssa Angela Pingiori)

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Titolo Evento: NUOVA PASSWEB E UNIEHENS LEAD-OSPA
Sede e Data: CAGUARI 13 DICEMBRE 2016

DATI DEL PARTECIPANTE
NOME E COGNOME ANARE A ANGIUS
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)
NGSNDR62506B354L
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA S. PERSONALE / SETTORE ECONOMIA
TEL. 090 609 3255 FAX _____
E-MAIL (no indirizzi PEC) anabroengius@uniehens.com.it

DATI PER LA FATTURAZIONE
ENTE/AZIENDA / PERSONA FISICA O INTERESSE LA FATTURA
ASCS CAGUARI
VIA PIER DELLA FRANCESCA 1 N. _____
C.A.P. 09047 CITTÀ SELARGIUS PROV. CA
PARTITA IVA 02261430926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio) 02761430926

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica) _____
CIG (ex richiesta) _____
CUP (se richiesto) _____

Liuogo e data Cagliari 13/12/2016
Firma del cliente

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione attività svolta in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuta a meno di 7 giorni dall'iscrizione e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iscrizione); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso; annullare l'iscrizione senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Liuogo e data

Firma del cliente

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

(Dott.ssa Paola Pingitore)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copie delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

**PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA,
DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA**

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 Maggioli S.p.a., titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. b), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è necessario per l'aderenza ai servizi offerti. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per adempimenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a condividere i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, riascso accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori in qualità di incaricati responsabili o incaricati (basi di trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: call center, servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fide e congressi, formazioni, teleseminari, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se ritenuti necessari e tra coloro che hanno partecipato attivo in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento (titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Dei Carpeni, 08 - ufficio privacy. ☐

Titolo Evento: _____

Sede e Data: NUOVA PASSWEB E UNIONES LISTA POSPA - CAGLIARI 13/12/2016

DATI DEL PARTECIPANTE

VALENTINA CROS
NOME E COGNOME

CNSUNT78L54B354Z
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

COORDINATORE AMMINISTRATIVO - PRESIDENZA
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

070/6093239
TEL. FAX.

VALENTINACROS@ASL8CAGLIARI.IT
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASL CAGLIARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA

Piero Della Francesca 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

09047 SELARGIUS CA
CAP. CITTA' PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica)

CIG (se richiesto) CUP (se richiesto)

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a., titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali i cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpio, 08 - ufficio privacy. ☐

Luogo e data: SELARGIUS 22/11/2016

Firma del cliente: _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nel 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Luogo e data: SELARGIUS 22/11/2016

Firma del cliente: (Dott.ssa Angela Pingiori)

Titolo Evento: NUOVA PASSWEB E UNIVERSO LISTA POSTO

Sede e Data: CAGLIARI 13 DICEMBRE 2016

DATI PARTICIPANTE

MACA COSMINA COCCARANO
NOME E COGNOME

CLIERCR56A4FB086H
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

COLLA BORATORIS ADIC. V.G. - SOTTOCO PREU
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

070/6093290 - 070/6093361
TEL. FAX

maria.coccarano@aslcagliari.it
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA,
DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASL CAGLIARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA

PIERO DOLO FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N. _____

09047 SORANUS CA
CAP CITTA' PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430326
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica)

CIG (se richiesto) CUP (se richiesto)

Luogo e data _____

Firma del cliente _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del partecipante al cliente).

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

Luogo e data _____

Firma del cliente (Dott.ssa Angela Pingiort)

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a. titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), rinvio presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facilitato ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge o a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostre rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accordamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o ausiliari titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.a.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiera e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpio, 08 - ufficio privacy. ☐

Titolo Evento: _____

Sede e Data: _____

DATI DEL PARTECIPANTE

M. ILARIA FRAU
NOME E COGNOME

FRAHLR68H671749V
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

SERVIZIO PERSONALE / SETTORE ECONOMICO
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

070 609 3276
TEL. FAX.

Ilaria.Frau@asfscaglor.it
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni dalla fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASS8 CAGUARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INVIARE LA FATTURA

PIER DELLA FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

09047 SELARGIUS CA
CAP CITTA' PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430826
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica)

CIG (se richiesto) CUP (se richiesto)

Luogo e data Castellana Grotte 22/11/2016

Firma del cliente _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corso).

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

Luogo e data _____

Firma del cliente (Dott.ssa Angela Ringieri)

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a., titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio Accreditation professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Caprino, 08 - ufficio privacy.

Titolo Evento: NUOVA PASSAGGIO UNIMES LISTA POSPA

Sede e Data: CAGLIARI 13/14 GENNAIO 2016

DATI PARTICIPANTE

PAOLA MEGNA
NOME E COGNOME

MGNPLA67A44B745E
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

COLLABORATORE AMM. VO - SETTORE PREVENIVA
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

0706093343
TEL. FAX

paolamegna@aslscagliari.it
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento.

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASL CAGLIARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA

PIERO DELLA FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

09047 SELARGIUS CA
CAP CITTA' PROV.

0226 14 30 926
PARTITA IVA

0226 14 30 926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CIG (se richiesto) _____ CUP (se richiesto) _____

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a., titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge, e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleseminari, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Ri) via Del Carpio, 08 - ufficio privacy. ☐

Lugogo e data _____

Firma del cliente _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Lugogo e data _____

Firma del cliente _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

(Dot.ssa Angela Pingiori)

Titolo Evento: NUOVA PASSWEB E UNIEMENS LISTAPOSTA

Sede e Data: CAGUARI 13 DICEMBRE 2016

DATI DEL PARTECIPANTE

CLAUDIO PITRALIS
NOME E COGNOME

PT2CLD66P21T935B
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

SPERSONALE/SETTORE ECONOM.
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

070 609 3364
TEL. FAX.

claudio.pitralis@asl8cagliari.it
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni dalla fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASL 8 CAGUARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA

PIER DELLA FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

09047 SELARGIUS CA
CAP CITTA' PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

_____ CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica)

_____ CIG (se richiesto) _____ CUP (se richiesto)

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

Luogo e data: CAGUARI 22/11/2016

Firma del cliente: _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente).

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

Luogo e data: _____

Firma del cliente: _____

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.A. titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti con modalità anche automatizzate, i dati personali i cui conferimenti è facoltativa ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge, e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di fattoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.A. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto nei limiti fiscali, amministrativi, di studio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari del trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.A. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpiato, 08 - ufficio privacy.

Titolo Evento: _____

Sede e Data: _____

DATI DEL PARTECIPANTE

Giovanni Santucci
NOME E COGNOME

SMT GNM 72E08A269B
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

SETTORE ECONOMICO
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

TEL. _____ FAX _____

G. SANTUCCI - ASL8@ALISERVIZI.IT
E-MAIL (no indirizzi PEC)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASIS
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA A CUI INVIARE LA FATTURA

PIERO DELLA FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

03049 SEARGIUS CA
CAP CITTÀ PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica) _____

CIG (se richiesto) _____ CUP (se richiesto) _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA,
DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

Luogo e data: CAGLIARI 22/11/2016

Firma del cliente: Giovanni Santucci

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Luogo e data: CAGLIARI 22/11/2016

Firma del RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE: _____

(Dott.ssa Angela Pingiori)

INFORMATIVA EKART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a., titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto. Quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende specializzate nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari del trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazioni, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al Titolare del trattamento. Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpiño, 08 - ufficio privacy.

Titolo Evento: NUOVA PASSWEB E UNIKEMOS LISIA POSPA

Sede e Data: CAGLIARI 13/12/2016

DATI DEL PARTECIPANTE

GABRIELLA SASSU
NOME E COGNOME

SSS0RL66T501452F
CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante)

ASSISTENTE AMM.VO - SETTORE PREVIDENZA
INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA

090.6093349
TEL. FAX

gabriel@sassuolscagliari.it
E-MAIL (no indirizzi PEC)

DATI PER LA FATTURAZIONE

ASC CAGLIARI
ENTE/AZIENDA O PERSONA FISICA CUI INVIARE LA FATTURA

VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1
VIA (SEDE LEGALE) N.

09047 SULARGIUS CA
CAP CITTA' PROV.

02261430926
PARTITA IVA

02261430926
CODICE FISCALE (sempre obbligatorio)

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica)

CIG (se richiesto) CUP (se richiesto)

Luogo e data: SALARGIUS 22/11/2016

Firma del cliente:

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 cc. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docente senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Luogo e data: SALARGIUS 22/11/2016

Firma del cliente: IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

Angela Pingiori

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento.

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a. titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali il cui conferimento è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti finalizzati all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autorizzati titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpiolo, 08 - ufficio privacy. ☐

Titolo Evento: NUOVA PASS WEB E UNIEMENS LISTA POS PA

Sede e Data: CAGUARI 13 DICEMBRE 2016

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome e COGNOME Adold TIDU

CODICE FISCALE (necessario per la corretta identificazione del partecipante) TDIPLA67H59A259Z

INCARICO E SETTORE DI APPARTENENZA SERVIZIO PERSONALE / SECT. ECON.

TEL. 070 6093253 FAX _____

E-MAIL (no indirizzi PEC) paolo.tidu@asl3cagliari.it

DATI PER LA FATTURAZIONE

ENTE/AZIENDA O PERSONA FISCALE CHE INTESTARE LA FATTURA ASL3 CAGUARI

VIA (SEDE LEGALE) PIER DELLA FRANCESCA 1 N. _____

CAP 09047 CITTÀ CAGUARI/SEARGIUS PROV. _____

PARTITA IVA 02261430926

CODICE FISCALE (sempre obbligatorio) 02261430926

PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

CODICE UNIVOCO UFFICIO (per emissione fattura elettronica) _____

CIG (se richiesto) _____ CUP (se richiesto) _____

Luogo e data Cagliari 20/11/2016

Firma del cliente _____

Al sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. il cliente dichiara di aver bene esaminato le clausole del presente contratto e di approvare espressamente il contenuto delle seguenti clausole: annullamento iscrizione (fatturazione intera quota in caso di annullamento dell'iscrizione avvenuto a meno di 7 giorni dall'iniziativa e in caso di annullamento dell'iscrizione effettuata nei 7 giorni precedenti la data dell'iniziativa); modalità di svolgimento dei corsi (facoltà da parte della direzione di modificare i luoghi, le date e gli orari del corso e/o annullare l'iniziativa senza rimborso per i costi aggiuntivi sostenuti dal cliente, facoltà di modificare il calendario dei corsi e il corpo docenti senza rimborso del corrispettivo al cliente)

Luogo e data Cagliari 22/11/2016

Firma del cliente IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

(Dottoressa Angela Pingiori)

PAGAMENTO DELLA QUOTA

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà prima del corso (modalità obbligatoria per Aziende private e per chi partecipa a titolo personale). Copia delle ricevute del versamento deve essere inviata alla Segreteria organizzativa

O Il pagamento della quota di iscrizione avverrà a 30 giorni data fattura (modalità applicabile per Enti Pubblici e Aziende a partecipazione pubblica).

Se in possesso all'atto dell'iscrizione, indicare la tipologia e gli estremi dell'atto assunto per l'impegno di spesa

Ordine acquisto Contratto Determina Delibera
 Impegno di spesa (e n. capitolo) Buono ordine

NUMERO _____ DATA _____

per un importo pari a € _____

Mi impegno a comunicare i dati relativi all'impegno di spesa successivamente, entro la data di inizio dell'evento

AGEVOLAZIONI E PROMOZIONI

PRESA VISIONE DI QUANTO DESCRITTO NEL PROGRAMMA, DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALLA SEGUENTE SCONTISTICA

INFORMATIVA EX ART. 13

D.Lgs. n. 196/2003 "Maggioli S.p.a. titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 c) 1 lett. f), raccoglie presso di sé e tratta, per finalità di comunicazione e promozione di prodotti, con modalità anche automatizzate, i dati personali i cui conferimenti è facoltativo ma indispensabile per fornire i servizi indicati. I suddetti dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, in aderenza ad obblighi di legge e a soggetti privati per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto, quali: nostra rete agenti, società di factoring, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali, professionisti e consulenti, aziende operanti nel settore del trasporto. Si autorizza Maggioli S.p.a. a comunicare i dati ad enti preposti al controllo, o comunque soggetti che ne hanno diritto per motivi fiscali, amministrativi, rilascio accreditamenti professionali ecc. Tali dati potranno inoltre essere comunicati alle società del Gruppo Maggioli per gli stessi fini della raccolta e trattati dai nostri dipendenti e/o collaboratori, in qualità di incaricati, responsabili o autonomi titolari al trattamento, preposti ai seguenti settori aziendali: c.e.d., servizi Internet, editoria elettronica, mailing, marketing, fiere e congressi, formazione, teleselling, ufficio ordini, ufficio clienti, amministrazione. I dati personali raccolti potranno essere ceduti ad aziende, enti o altri soggetti terzi se interessati e tra coloro che hanno partecipato all'evento in qualità di ospiti o sponsor, per finalità di comunicazione, marketing e promozione di prodotti. I dati non saranno diffusi. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione, richiesta delle informazioni rivolgendosi al titolare del trattamento Titolare del trattamento è Maggioli S.p.a. con sede in Santarcangelo di Romagna (Rn) via Del Carpino, 00 - ufficio privacy.