

Modulo di richiesta di partecipazione  
ai corsi residenziali per **DIPENDENTI** della ATS

**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 \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo Indeterminato/Determinato  
Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) \_\_\_\_\_  
Qualifica: \_\_\_\_\_ Disciplina (solo per dirigenti) \_\_\_\_\_  
In servizio presso U.O./Servizio \_\_\_\_\_  
Sede di lavoro \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

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

**CHIEDE**

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda

dal titolo: \_\_\_\_\_

che si terrà a: \_\_\_\_\_

nel / nei giorno/i \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore dell'Unità Operativa (solo per il personale del comparto)

\_\_\_\_\_

Firma del Direttore di Struttura

\_\_\_\_\_

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