



MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI  
CORSI RESIDENZIALI PER I  
**DIPENDENTI**  
DELL'A.O.E.C.

pag. 1 di 1

Mod. RPD Rev. 00 del 26/08/09

Al Responsabile Ufficio Formazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Dipendente a tempo indeterminato/determinato,

con la qualifica \_\_\_\_\_

disciplina (solo per dirigenti) \_\_\_\_\_

in servizio presso U.O. \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di partecipare alla seguente iniziativa formativa proposta da questa Azienda

Dal titolo : \_\_\_\_\_

Che si terrà a \_\_\_\_\_

Nel/nei giorno/i \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato che l'inizio del corso è alle ore 8.30 \_\_\_\_\_

Si autorizza l'uso dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 101/2018 adeguamento della normativa nazionale al Regolamento Europeo 2016/679 relativo al trattamento dei dati personali.

Le domande incomplete non saranno accettate  
Ai fini della partecipazione si terrà conto della data di arrivo delle domande di  
Iscrizione che dovranno essere inviate via **fax al 095/7262397** all'Ufficio Formazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Caposala/Capotecnico  
(solo per il comparto del ruolo sanitario)

Firma per autorizzazione  
del Responsabile di struttura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_