

Al Responsabile UO Politiche del Personale e Formazione
AOOR Villa Sofia-Cervello
Palermo

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/ a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ Via _____

in servizio presso _____ con la qualifica di

_____ Telefono _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto all'evento formativo **BRA Day Italy – Palermo 2016** che si svolgerà il giorno 19 ottobre 2016 dalle ore 8,00 alle ore 15,00 presso l'Aula Magna "Maurizio Vignola" del Presidio ospedaliero Vincenzo Cervello di Palermo.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, esclusivamente ai fini ECM, di essere nella seguente condizione occupazionale:

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

Il/la sottoscritto/a ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche

Codice in materia di protezione dei dati personali

A U T O R I Z Z A

U.O. Formazione ed aggiornamento del personale dell'A. O. Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello al trattamento dei dati personali e all'utilizzo dei dati stessi per i fini istituzionali dell'U.O.

Firma

Data _____