

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 **Comunicazione e continuità assistenziale per il paziente cardiologico** che si svolgerà il giorno \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_