



SCHEDA DI AUTORIZZAZIONE AL PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE

Titolo	CORSO DI FORMAZIONE PER L'UTILIZZO VERSA HD	
Data		
Cognome		
Nome		
Professione		
Struttura		
Azienda	Policlinico Riuniti di Foggia	Iscrizione esclusivamente online
Altre informazioni		

Note informative:

- Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all'evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E' possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l'e-mail: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it;
- Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: direzionegenerale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it e telefono: 0881732441;
- Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web Aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it>, nell'apposita sezione "Privacy";
- Il provider dichiara di aver sottoposto al responsabile scientifico, docenti, relatori, tutor e moderatori l'informativa consultabile al seguente link: **INFORMATIVA FORMATORI** (<https://providerpuglia.agenas.it/index.php/it/16-policy/116-informativa-privacy-formatori-corsi-ecm>);
- Il provider si impegna, inoltre, a sottoporre ai discenti dell'evento l'informativa reperibile al seguente link: **INFORMATIVA PARTECIPANTI** (<https://providerpuglia.agenas.it/index.php/it/16-policy/117-informativa-privacy-partecipanti-corsi-ecm>);
- Titolare del trattamento dei dati personali (Art. 14.1.a Regolamento 679/2016/UE)**. Il Titolare del trattamento dei dati personali è AReSS Puglia, con sede in Lungomare Nazario, 33 – 70121 Bari (BA);
- Data Protection Officer (DPO)/Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 14.1.b Regolamento 679/2016/UE)**. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato da AReSS Puglia è l'Avv. Nicola Parisi, reperibile al seguente recapito di posta elettronica dpo.aress@pec.rupar.puglia.it oppure telefonando al nr. 080/5404242;
- Di prendere atto che le mancate timbrature per i corsi di aggiornamento (progetti aziendali) non verranno più riconosciute, sia in ingresso che in uscita. Si invita, pertanto, a verificare attentamente la vidimazione della stessa in codice 149 ENTER (ingresso – uscita).**

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Foggia lì, _____

Infermiere Coordinatore

Timbro e Firma

Il Partecipante

Firma

Il Direttore di Struttura

Timbro e Firma

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E CUSTODITO DAL DIPENDENTE PER EVENTUALI RICONTRI.