Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero – Universitaria
FOGGIA

Centrale Operativa 118 di Foggia

SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO

* Cognome _____

* Nome _____

* Luogo e data di nascita _____

* Professione _____Disciplina_____

* Unità Operativa _____

* Ente di appartenenza _____

*** Dipendente** ☐ *** Libero professionista** ☐ *** Convenzionato** ☐

* Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

* **Indirizzo privato**

* Via/Piazza _____ * N. _____

* CAP _____ * Località _____ * Provincia _____

* Telefono _____ * Cellulare _____

* Posta elettronica _____

*Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **5^ Formazione Continua SUEM 118 2016/2017 (Autisti/Soccorritori)**

- ☐ **ED. 1 (14/11-21/11-28/11/2016)**
- ☐ **ED. 2 (09/01-16/01-23/01/2017)**
- ☐ **ED. 3 (06/02-13/02-20/02/2017)**
- ☐ **ED. 4 (06/03-13/03-20/03/2017)**
- ☐ **ED. 5 (03/04-10/04-18/04/2017)**
- ☐ **ED. 6 (15/05-22/05-29/05/2017)**

Foggia, _____

Il Partecipante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196
Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Firma