

SCHEMA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE
(Interni o Convenzionati)

1. Dati personali e indirizzo – (Si raccomanda di scrivere in modo leggibile)

Cognome Nome

Codice fiscale personale

Professione Disciplina*

* *la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi.*

Solo per la professione medica: se *Se specializzando: indicare la*
SPECIALIZZANDO barrare con "X" **specializzazione in corso:**

Luogo di nascita Prov. Data di nascita

Via N. Comune CAP Prov.

Tel. Casa Cell. E-mail

2. Sede di attività

Azienda

Dipartimento Struttura Tel.

3. Corso prescelto

Titolo del corso

Codice Data inizio Sede svolgimento

4. Dichiarazione resa dal partecipante e dal Responsabile che autorizza la frequenza

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme che regolamentano l'accesso e la frequenza ai corsi in questa azienda pubblicate sul sito aziendale.

Barrare se:

Sono presenti prescrizioni che possono interferire con la corretta effettuazione della parte pratica; si richiede, pertanto, la partecipazione alla sola parte teorica.

5. Autorizzazione del Responsabile (sempre necessaria)

Tipo aggiornamento (barrare con X) Obbligatorio Facoltativo Formazione Sul Campo

Data Firma Responsabile

6. Data e firma del partecipante

Data Firma

7. Consenso del partecipante al trattamento dei dati

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo Data Firma

IMPORTANTE: LEGGERE L'INFORMATIVA RIPORTATA SUL RETRO

SCHEDA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE (Interni o Convenzionati)

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il Servizio Formazione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" di Gemona del Friuli procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D. Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Deliberazione n. 2201 del 20/11/2014 della Regione Friuli Venezia Giulia (Approvazione Linee guida per il sistema regionale di formazione continua ed ECM).

Saranno inoltre comunicati al Co.Ge.A.P.S. per la banca dati nazionale.

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, a cura del Responsabile del trattamento, nella persona del Responsabile del Servizio Formazione, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" - sede legale piazzetta Portuzza, 2 - 33013 - Gemona del Friuli (UD).

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione F.V.G. per l'accreditamento ECM e va inviata a mezzo posta o fax a:

Servizio Formazione
Sede ospedaliera di San Daniele
Viale Trento Trieste n. 33
Segreteria organizzativa tel. 0432 949764
e-mail: formazione@aas3.sanita.fvg.it