ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dipartimento di Staff
S.C. Formazione, Ricerca e
Cambiamento Organizzativo

Modulo di richiesta di partecipazione
ai corsi residenziali per **DIPENDENTI** della ATS

Al Servizio di Psicologia Dott. Domenico Putzolu
mail:psicologia.assloristano@atssardegna.it

scadenza iscrizione 20/05/2019

Compilare con carattere stampatello maiuscolo
Le domande incomplete non saranno accettate

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____
Residente a _____ cap. _____
Via _____, n°_____
Tel.(lavoro _____ tel.(domicilio)_____ cell._____
E mail _____
dipendente a tempo _____
Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) _____
Qualifica: _____
In servizio presso _____
Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa proposta da questa Azienda
dal titolo: **La comunicazione di una diagnosi infausta. Aspetti etici e relazionali**
che si terrà a: ORISTANO
nel / nei giorno/i

Data _____ Firma del dipendente _____

Firma del Coordinatore dell'Unità Operativa (solo per il personale del comparto)
_____

Firma del Direttore di Struttura
_____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni. I dati trattati possono essere trasmessi al Ministero della Salute e/o alla Regione Sardegna per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi. **Firma per consenso** _____