|  |
| --- |
| SCHEDA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE  |
| 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 SPECIA­LIZZANDO barrare con “X” |  | Se specializzando: indicare la 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| La frequenza ai corsi è regolamentata come da indicazioni fornite nel Piano Annuale della Formazione (PAF). |
| ***Barrare se il caso*:** |
|  | **Sono presenti prescrizioni che possono interferire con la corretta effettuazione della parte pratica;** |
| **si richiede, pertanto, la partecipazione alla sola parte teorica.** |
|  |
| **4. Autorizzazione del Responsabile (sempre necessaria)** |
|  |
|  Tipo aggiornamento (barrare con X) |  | Obbligatorio |  |  | Facoltativo |  |  | Formazione Sul Campo |
|  |  |  |  |  |  |
|  Data |  | Firma Responsabile |  |

|  |
| --- |
| **5. Data e firma del partecipante** |
|  |
| Data |  |  Firma |  |

**5. 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**

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il la Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine 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 Sanitaria Universitaria Integrata di Udine 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 della Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine – sede legale e amministrativa: via Pozzuolo, 330 – 33100.

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione FVG per l’accreditamento ECM

e va inviata a mezzo posta o fax alla Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale

Presidio Ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia

Sede legale: via Pozzuolo 330, 33100 Udine

 Sede operativa: piazzale Santa Maria della Misericordia n.11, 33100 Udine

fax 0432-55(4381) e-mail: formazione@asuiud.sanita.fvg.it.

tel. 043255-4255/4245/4342/4237