Azienda Sanitaria Regionale Molise ASREM	AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE U.O.C. Affari Generali / Formazione sede di Campobasso Tel 0874 409654 Fax 0874 409737 sede di Isernia Tel. 0865 442552 Fax 0865 442611 sede di Termoli Tel. 0875 717624 Fax 0875 706431	MODELLO N. 3

MODULO ISCRIZIONE CORSI AZIENDALI

Il modello deve essere trasmesso al numero di fax indicato nell'intestazione, in relazione alla sede di svolgimento del corso

Riferimenti del corso	Data Svolgimento	Titolo del Corso	
Dati Anagrafici	Cognome	Nome	
	Comune di nascita	Provincia	Data di nascita
Dati Fiscali	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residenza	Via, Corso,Piazza, etc e numero civico		
	CAP	Comune	Provincia
Contatti	n. cellulare	Indirizzo e-mail pesonale	
	n. tel. lavoro	n. tel domicilio	
Posizione lavorativa	Sede lavoro	U.O.	
	Qualifica Disciplina	Indirizzo e-mail luogo di lavoro	

Il/la sottoscritto/a autorizza la ASReM a trasmettere, per via telematica, così come previsto dalle disposizioni vigenti, i suddetti dati personali alla Segreteria Regionale ECM, e, a conservare il tutto presso gli archivi della U.O.C. Affari Generali -, nel rispetto della L. 675/96 e del D.Lgvo 196/2003, sulla tutela della privacy.

Data ..... Firma dipendente .....

Si allega copia del modello 2 debitamente sottoscritto dal responsabile della struttura di appartenenza

Il dipendente individuato dovrà attestare la partecipazione al corso mediante *timbratura con il codice 68*
Eventuali impedimenti alla partecipazione all'evento formativo dovranno essere comunicati tempestivamente alla segreteria organizzativa