AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE

U. O. FORMAZIONE-COMUNICAZIONE E RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ

Segreteria Organizzativa Ufficio Formazione

tel. 0875/7159309 e-mail: formazione.iscrizioni@asrem.molise.it

MODULO ISCRIZIONE CORSI AZIENDALI	MOD. 03

*Il modulo deve essere compilato **a cura del partecipante** in ogni sua parte, **firmato e presentato** alla Segreteria Organizzativa dell'Ufficio Formazione o al referente della sede di competenza.*

Riferimenti del corso	**Data Svolgimento**	**Titolo del Corso**		
Dati Anagrafici	**Cognome**		**Nome**	
	Comune di nascita		**Provincia**	**Data di nascita**
Dati Fiscali	**Codice Fiscale** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **OBBLIGATORIO e LEGGIBILE**			
Residenza	**Via, Corso, Piazza, etc. e numero civico**			
	CAP	**Comune**		**Provincia**
Contatti	**n. cellulare**		**Indirizzo e-mail aziendale (obbligatorio)**	
	n. tel. domicilio		**Indirizzo e-mail personale (facoltativo)**	
Posizione lavorativa	**Sede lavorativa** ☐ **Campobasso** ☐ **Isernia** ☐ **Termoli** ☐ **Larino** ☐ **Venafro** ☐ **Agnone**		☐ **U.O.** ---------- ☐ **Convenzionato**_____ ☐ **Uditore**_____	
	Qualifica ----------		**Disciplina** ----------	

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.Formazione, Comunicazione e Rapporti con le Università*, nel rispetto del D.L.vo n. 101/2018

Firma

Data …… . ……

Si allega copia del modello 02 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