ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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

CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO – DLGS 81/2008 E ACCORDO STATO-REGIONI 21/12/2011 – EDIZIONI 2019

Al Servizio Formazione
ASSL di C A R B O N I A

Compilare con carattere stampatello maiuscolo
Le domande incomplete non saranno accettate

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ cap. _____
Via _____, n° _____
Tel.(lavoro) _____ tel.(domicilio) _____ cell. _____
E mail aziendale _____
dipendente a tempo Indeterminato/Determinato
Numero di matricola (reperibile sulla busta paga) _____
Qualifica: _____ Disciplina(solo per dirigenti) _____
In servizio presso U.O./Servizio _____
Sede di lavoro _____

CODICE FISCALE

CHIEDE

Di partecipare all'iniziativa formativa in oggetto proposta da codesta Azienda

che si terrà a: _____
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**

_____