Modulo di richiesta di partecipazione

da inviare aL **Servizio salute ambiente** mail: salute.ambiente@asloristano.it; **entro il 30/10/2024**

Oggetto :EVENTO PRP –**PRP —** PP9 "Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanità e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica”

Sede di svolgimento: Centro Polifunzionale lavoro e Formazione (CPLF) Giulio Pastore,

Via Madrid 10 Oristano

**(*Compilare con carattere stampatello maiuscolo) Le domande incomplete non saranno accettate***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.(lavoro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.(domicilio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.

Qualifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disciplina (solo per medici) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CHIEDE

Di partecipare all’iniziativa formativa

unica edizione del 08/11/2024; 8 ore di formazione 9:00 - 18:30;

Data \_\_\_ /\_\_\_ /2024 Firma del partecipante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ARES Sardegna**  **Sede: Via Piero della Francesca, 1**  **09047 Selargius (CA)**  P. IVA - C.F.: 03990570925 | **Dipartimento di Staff**  **SC Formazione Accreditamento ECM** |