

**NB: da compilare , sottoscrivere e restituire a cura del dipendente all'Area  
Formazione entro tre giorni dall'inizio dell'evento**

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

*Azienda per i Servizi Sanitari n.5 "Bassa Friulana"*

Area di Formazione Aziendale

Da inviare firmata al fax 0432 921685 oppure e-mail: [cfa@ass5.sanita.fvg.it](mailto:cfa@ass5.sanita.fvg.it)

Desidero iscrivermi al corso ASS5\_ codice \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

**SCHEDA ANAGRAFICA**

**PARTECIPANTI A CORSI DI FORMAZIONE**

COGNOME NOME	
COD. FISCALE	
PROFESSIONE	
SPECIALIZZAZIONE ai fini ECM	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
QUALIFICA IN AZIENDA	
REPARTO	
REC. TELEFONICO	
E-MAIL	
INDIRIZZO CASA	

*Dati obbligatori per l'iscrizione*

**Il sottoscritto, letta l'informativa sul retro, restituisce la presente scheda aggiornata con eventuali modifiche dei dati ed esprime il consenso all'utilizzo degli stessi per le finalità strettamente connesse all'attività formativa ed istituzionale.**

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del partecipante (ai sensi del D. Lgs. 196/2003)

**INFORMATIVA**  
**art. 13 D.Lgs 196 d.d. 30/6/03**  
**"Codice in materia di protezione dei dati personali"**

**Informazione:** i dati forniti con la presente scheda saranno trattati per le finalità strettamente connesse alla attività formativa ed ai fini istituzionali, quale dipendente.

**Titolare del trattamento:** in relazione ai dati personali forniti o acquisiti in relazione ai corsi di formazione interna che la riguardano, il titolare del relativo trattamento è l'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI n° 5 "Bassa Friulana" con sede in 33057 PALMANOVA – Ialmicco – via Natisone, nella persona del Direttore Generale pro tempore.

**Finalità del trattamento:** la raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzata alla attività formativa, per la consegna di attestati di frequenza e per l'emissione della documentazione contabile prevista ex lege.

**Modalità del trattamento:** il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con l'ausilio di strumenti cartacei e/o elettronici e/o informatici e telematici, anche attraverso il sistema informativo elettronico sanitario regionale (SISR), con le modalità necessarie al perseguimento delle finalità e prestazioni sopra indicate e in modo da garantire la tutela della riservatezza e del segreto professionale e l'utilizzo, in banche dati, da parte del solo personale incaricato, ed eventualmente da parte di strutture esterne, incaricate a svolgere specifici servizi ed operazioni necessari per l'effettuazione delle attività istituzionali.

**Conferimento dei dati e del consenso:** il conferimento dei dati, il consenso e l'acquisizione degli stessi ha natura obbligatoria, ai fini dell'erogazione del servizio formativo, anche in tempi diversi.

**Comunicazione dei dati:** la comunicazione dei dati è limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare gli adempimenti di competenza ed il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.

**Diritti dell'interessato:** l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n° 196/03 ed in particolare può accedere ai propri dati, chiedere la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione. In tali casi dovrà farne esplicita richiesta scritta al Responsabile della Area Formazione e/o presso Struttura Risorse Umane.

Può inoltre ottenere l'indicazione della origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, degli estremi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati.

Per l'esercizio di tali diritti e/o per ogni ulteriore informazione, **la S.V. potrà in qualsiasi momento** compilare l'apposito modulo disponibile presso l'Area Formazione Aziendale e Struttura Risorse Umane, oppure scaricabile dal sito aziendale [www.ass5.sanita.fvg.it](http://www.ass5.sanita.fvg.it)

## ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

Versamento della quota di iscrizione di €.....~~I~~**IVA 22% se dovuta** tramite versamento all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana" via Natisone 33057 Palmanova sul conto

**IBAN IT82J0533664050000035355046**

intestato alla Tesoreria dell'ASS 5 "Bassa Friulana" indicando nella causale CODICE CORSO "ASS5\_00----- TITOLO CORSO \_\_\_\_\_ nome e cognome \_\_\_\_\_

### MODALITA' DI INTESTAZIONE FATTURA

La ricevuta/fattura dovrà essere intestata a:

Ragione sociale dell'Azienda \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/ P.Iva \_\_\_\_\_ -

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

### DATI DA FORNIRE PER LA RESTITUZIONE DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE NELL'EVENTUALITÀ DELL'ANNULLAMENTO DEL CORSO:

IBAN \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile e timbro dell'Ente