

OGGETTO: richiesta partecipazione progetto Formazione dell'ASP di Palermo Avviso n. 45/2021 – KIT SANITÀ – Corso 3 - “**PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)**”.

SI INVITA A SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ prov. _____ il _____, C.F. _____ recapito telefonico _____ e-mail _____ titolo di studio _____,

chiede

di essere ammesso alla partecipazione al corso dal titolo “**PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)**”.

A tal fine, dichiara:

1) di essere dall'anno _____ dipendente dalla suddetta Azienda con contratto a tempo determinato Matr. n. _____, con la qualifica di _____, e di prestare attualmente servizio presso la macrostruttura _____ U.O. _____ con sede nel Presidio _____ di _____.

ovvero:

2) di essere dipendente di ruolo della suddetta Azienda - Matr. n. _____, con la qualifica di _____, e di prestare attualmente servizio presso la macrostruttura _____ U.O. _____ con sede nel Presidio _____ di _____.

Autorizza codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i., ai fini dell'espletamento di tutti gli atti inerenti la procedura dei Corsi di Formazione in oggetto.

Autorizza la D.B.I. s.r.l., erogatrice dei corsi di formazione, al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i., ai fini dell'espletamento di tutti gli atti inerenti la procedura dei Corsi di Formazione in oggetto.

Palermo, lì _____

Firma per esteso
