|  |
| --- |
| 1. Dati personali e indirizzo – (Si raccomanda di scrivere in modo leggibile) |
|  |
|  Cognome |  | Nome |  |
|  |  |  |  |
|  Codice fiscale personale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  Professione |  |  Disciplina\* |  |
|  | *la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi*. |
|  *Solo per la professione medica: se* SPECIA­LIZZANDO barrare con “X” |  | Se specializzando: indicare la specializzazione in corso: |  |
|  |
|  Luogo di nascita |  | Prov. |  | Data di nascita |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  Via |  | N. |  | Comune |  | CAP |  |  Prov. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  Tel. Casa |  | Cell. |  | E-mail |  |
| **2. Sede di attività** |
|  |
| Azienda |  |
|  |  |
| Dipartimento |  |  Struttura |  |  Tel. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. Corso prescelto** |
|  |
|  Titolo del corso |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Codice  |  | Data inizio |  | Sede svolgimento |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4. Dichiarazione resa dal partecipante e dal Responsabile che autorizza la frequenza** |
| Dichiaro di essere a conoscenza delle norme che regolamentano l’accesso e la frequenza ai corsi in questa azienda pubblicate sul sito aziendale. |
| ***Barrare se*:** |
|  | **Sono presenti prescrizioni che possono interferire con la corretta effettuazione della parte pratica;** |
| **si richiede, pertanto, la partecipazione alla sola parte teorica.** |
|  |
| **5. Autorizzazione del Responsabile (sempre necessaria)** |
|  |
|  Tipo aggiornamento (barrare con X) |  | Obbligatorio |  |  | Facoltativo |  |  | Formazione Sul Campo |
|  |  |  |  |  |  |
|  Data |  | Firma Responsabile |  |
| **6. Data e firma del partecipante** |
|  |
| Data |  |  Firma |  |

**7. Consenso del partecipante al trattamento dei dati**

Io sottoscritto ……………………………………….. dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell’informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luogo** |  |  **Data** |  | **Firma** |  |

**IMPORTANTE: LEGGERE L’INFORMATIVA RIPORTATA SUL RETRO**

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il Servizio Formazione dell’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 3 “Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli” di Gemona del Friuli procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

**Il conferimento dei dati è obbligatorio**, **poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identi­ficativi determina l’impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed in­viarLe l’attestazione di frequenza al corso*.***

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 3 “Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli” e trattati in modo carta­ceo ed informatico, attraverso l’utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D. Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Deliberazione n. 2201 del 20/11/2014 della Regione Friuli Venezia Giulia (Approvazione Linee guida per il sistema regionale di formazione continua ed ECM).

Saranno inoltre comunicati al Co.Ge.A.P.S. per la banca dati nazionale.

Ai sensi dell’art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, a cura del Responsabile del trattamento, nella persona del Responsabile del Servizio Formazione, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 3 “Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli” - sede legale piazzetta Portuzza, 2 - 33013 - Gemona del Friuli (UD).

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione F.V.G. per l’accreditamento ECM e va inviata a mezzo posta o fax a:

Servizio Formazione

Sede ospedaliera di San Daniele

Viale Trento Trieste n. 33

**Segreteria organizzativa tel. 0432 949764**

e-mail: formazione@aas3.sanita.fvg.it