#### **SCHEDA DI ISCRIZIONE**

#### **TITOLO EVENTO: Corso**

#####  **Presentazione PDTA regionali per la cura della sordità**

##### **CODICE: AFSSL 18003/AI**

#### **DATA/EDIZIONE: venerdì 11 maggio 2018**

Cognome (\*) Nome (\*)

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

Data di nascita (\*) Luogo di nascita (\*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |

Codice Fiscale (\*)

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

Comune di residenza (\*) CAP (\*)

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

Indirizzo (\*) N° civico (\*)

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

Azienda (\*)

|  |
| --- |
|  |

Tipologia contrattuale (\*) Ruolo (\*) (Funzione svolta nella propria Azienda)

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

Categoria professionale (\*) Disciplina (\*)

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

Recapito telefonico ufficio Recapito cellulare (\*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Indirizzo e-mail e email PEC Uff. protocollo azienda (\*)

|  |
| --- |
|  |

(\*) Campi obbligatori

Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) La informiamo che i dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente per le nostre procedure amministrative interne e potranno essere trattati in maniera informatizzata. Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato unicamente all’adempimento delle funzioni istituzionali di PoliS Lombardia stabilite dalla L.R. n. 14/2010. La mancata raccolta dei Suoi dati impedirà di fornirLe la certificazione della partecipazione ai nostri corsi. Titolare del trattamento dei dati è Polis Lombardia con sede in Via Taramelli n°12/F, Milano. L’elenco aggiornato dei responsabili e incaricati del trattamento dei dati è consultabile sul sito www.eupolis.regione.lombardia.it. Le informazioni relative alla Sua partecipazione ai corsi potranno essere comunicate al Suo ente pubblico di appartenenza e/o agli enti pubblici committenti delle iniziative formative che Lei ha frequentato. Sono comunque fatti salvi i Suoi diritti come “interessato” cui si riferiscono i dati personali trattati, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 196/2003.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data | Firma partecipante (\*) | Autorizzazione Aziendale |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

☐ acconsento all’invio al mio indirizzo e-mail da parte di PoliS Lombardia di informazioni relative alle proprie attività. Tale consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento.

Luogo e data **……………………………**

**Firma ………………………………………………………….**