

SCHEDA D'ISCRIZIONE

INDICARE L'EVENTO FORMATIVO

COGNOME _____

NOME _____

TELEFONO _____

CELL. _____

E-MAIL _____

QUALIFICA _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA

Data _____

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati possono essere comunicati al Ministero della Salute e/o alla Regione Toscana per le finalità relative all'assegnazione dei crediti formativi.

In relazione agli stessi dati, ciascun partecipante è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del richiamato D.Lgs. 196/2003 in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati che lo riguardano, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

ATTENZIONE

Questo modulo
può essere
compilato
direttamente
in pdf.

Una volta
terminato,
salvatelo sul
vostro pc e
inviatelo in
allegato a

[mariachiara.gori@
asf.toscana.it](mailto:mariachiara.gori@
asf.toscana.it)



**Segreteria
Organizzativa**

S.S. Formazione

Azienda Sanitaria
di Firenze

[mariachiara.gori@
asf.toscana.it](mailto:mariachiara.gori@
asf.toscana.it)

Tel. 055 693 8415