



*UOS PS Bussolengo,*

*Formazione ed Emergenza Intra-Extraospedaliera AULSS 9 Scaligera*

*Direttore: Dott. Giampaolo Battizocco*

**PROGETTO PAD: "IL CUORE AMICO DELL'ULSS"**

**Io sottoscritto/a, chiedo di partecipare il 2.3.2024 alla:**

<input type="checkbox"/> <b>Formazione base</b>	<input type="checkbox"/> <b>Formazione aggiornamento</b>
---	--

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**data di nascita:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Luogo:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo via:** \_\_\_\_\_ **Città:** \_\_\_\_\_

**Professione:** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo posta elettronica:** \_\_\_\_\_

**N° attestato:** \_\_\_\_\_

Data informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e successive modifiche e integrazioni:

- I suddetti dati personali saranno trattati nel rispetto dell'art 18 del Regolamento Europeo 679/2016
- Saranno gestiti nei nostri archivi, da personale incaricato, per scopi statistici e anagrafici, utilizzando mezzi informatici e materiale cartaceo.
- Titolare e responsabile del trattamento dei dati personali è l'amministrazione stessa di questa associazione.
- l'interessato a richiesta, può esercitare i diritti di cui l'art. 17 del Regolamento Europeo 679/2016, in particolare la cancellazione, integrazione, correzione e l'accesso ai dati personali con semplice richiesta scritto alla nostra amministrazione.

Si rilascia il consenso al trattamento dei dati in ottemperanza alle vigenti normative.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_