

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO FORMAZIONE E VALUTAZIONE</p>	<p>MODULO</p> <p>COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE CORSISTI MMG</p>	<p>Rev. 00 del 4.02.2019</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	---	---

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

All'U.O. Sviluppo organizzativo, formazione e formazione

Il sottoscritto.....nato ail.....
residente inVia.....n.....

CHIEDE

che a decorrere dalgli emolumenti dovuti in qualità di medico
iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
(anni.....) in qualità di titolare di borsa di studio siano accreditati
sul c/c n.....

intestato al sottoscritto presso la
filiale/agenzia.....
coordinate ABI.....CIN.....CAB.....
codice IBAN.....

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili del dipendente ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 Si informa che i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, saranno trattati dall'Azienda mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti automatizzati, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati è effettuato per adempiere alle finalità, previste dagli istituti, che disciplinano il rapporto di lavoro, così come regolamentati da leggi, contratti, accordi di lavoro.

Tale trattamento, non necessita del consenso, in quanto è conseguente agli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In caso di rifiuto al conferimento dei dati indicati, l'ufficio potrebbe essere impossibilitato a gestire l'istituto richiesto.

Titolare del trattamento è l'Ausl di Cesena, con sede in piazza Sciascia, 111/2 – Cesena, nella persona del Direttore Generale.

Responsabile del trattamento è la dott.ssa Lorella Sternini, come indicato nell'elenco dei responsabili del trattamento e consultabile sul sito web: www.ausl-cesena.emr.it

IL DICHIARANTE

Cesena, li _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax al numero 0547-26941, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.