

Al Direttore SOC FORMAZIONE

Anno formativo 20\_\_\_

DOMANDA DI ISCRIZIONE IN SOPRANNUMERO RISERVATA AL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Questa domanda va inviata al seguente indirizzo mail: [giuliana.baronti@uslcentro.toscana.it](mailto:giuliana.baronti@uslcentro.toscana.it) entro il 30 Marzo per gli eventi formativi previsti del I semestre, entro il 30 giugno per gli eventi formativi del II semestre.

Io sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome: | Nome: | | | sesso:  [] M [] F |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: | | | Prov.: |
| Codice fiscale: | | | | |
| Comune residenza:  CAP | | | | Prov.: |
| Indirizzo: | | | | n. |
| Mail (obbligatoria) | | | | |
| Tel. | | | Cell. | |
| Professione (Profilo/Qualifica): | | Disciplina/specializzazione (se prevista dal profilo): | | |
| Azienda di appartenenza: Università degli Studi di Firenze | | | | |
| Struttura: | | | | |
| Telefono/Mail: | | | | |

**chiede**

di essere iscritto/a in soprannumero per l’anno \_\_\_\_\_\_\_ all’evento formativo dal titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ previsto nel PAAF (Piano Annuale delle Attività Formative), ai sensi della “Convenzione tra Università degli Studi di Firenze e l’Azienda USL Toscana centro, per la previsione di riserve di posti, in soprannumero e a titolo gratuito.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. n.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 GDPR 679/16 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

**Data e firma**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Visto il nulla osta alla frequenza dell’attività formativa  Il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa di appartenenza  Dott./Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Timbro e Firma)……………………………………… |

N.B. L’Azienda USL Toscana Centro si riserva, per motivi organizzativi, la possibilità di modificare giorni e orari o di annullare il corso, dandone comunicazione nel più breve tempo possibile.