

S.S. FORMAZIONE SCHEDE ISCRIZIONE

<i>Titolo evento</i>			
<i>Codice Data</i>			
Il sottoscritto, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che chiunque rilascia dichiarazione mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia			
DICHIARA			
<i>Cognome e Nome</i>			
<i>Data di nascita</i>		<i>Luogo</i>	PROV.
<i>Codice fiscale</i>			
<i>Professione</i>		CREDITI ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DISCIPLINA (indicare per professioni Medico Chirurgo, farmacista, Psicologo, Veterinario, altri partecipanti)			
MEDICO CHIRURGO <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia clinica <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Neurochirurgia <input type="checkbox"/> Anatomia patologica <input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione <input type="checkbox"/> Igiene degli alimenti e della nutrizione <input type="checkbox"/> Neurologia <input type="checkbox"/> Angiologia <input type="checkbox"/> Igiene, epidemiologia e sanità pubbl. <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/> Audiologia e foniatria <input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica medica <input type="checkbox"/> Neuroradiologia <input type="checkbox"/> Biochimica clinica <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio <input type="checkbox"/> Oftalmologia <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia <input type="checkbox"/> Malattie infettive <input type="checkbox"/> Oncologia <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Malattie metaboliche e diabetologia <input type="checkbox"/> Organizz. dei servizi sanitari di base <input type="checkbox"/> Chirurgia generale <input type="checkbox"/> Medicina aeronautica e spaziale <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia <input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro e sicurezza <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/> Medicina dello sport <input type="checkbox"/> Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva <input type="checkbox"/> Med. e chir. di accettazione e urgenza <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Chirurgia toracica <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta) <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare <input type="checkbox"/> Medicina generale (Medici di famiglia) <input type="checkbox"/> Psichiatria <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Dermatologia e venereologia <input type="checkbox"/> Medicina legale <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica <input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedal. <input type="checkbox"/> Medicina nucleare <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Ematologia <input type="checkbox"/> Medicina termale <input type="checkbox"/> Reumatologia <input type="checkbox"/> Endocrinologia <input type="checkbox"/> Medicina trasfusionale <input type="checkbox"/> Scienze dell'alimentazione e dietetica <input type="checkbox"/> Farmacologia e tossicologia clinica <input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Nefrologia <input type="checkbox"/> Privo di specializzazione <input type="checkbox"/> Genetica medica <input type="checkbox"/> Neonatologia			
FARMACISTA <input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera <input type="checkbox"/> Farmacia territoriale		PSICOLOGO <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Psicologia	
VETERINARIO <input type="checkbox"/> Igiene allevamenti e produzioni <input type="checkbox"/> Igiene catena degli alimenti <input type="checkbox"/> Sanità animale			
<input type="checkbox"/> BIOLOGO <input type="checkbox"/> CHIMICO <input type="checkbox"/> FISICO <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO <input type="checkbox"/> EDUCATORE PROFESS. <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA <input type="checkbox"/> IGIENISTA DENTALE <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO		<input type="checkbox"/> ODONTOIATRA <input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA <input type="checkbox"/> ORTOTTISTA <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> AUDIOMETRISTA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> AUDIOPROTESISTA <input type="checkbox"/> TECNICO ORTOPEDICO <input type="checkbox"/> DIETISTA	
<input type="checkbox"/> ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DI CREDITI			
AREA SANITARIA <input type="checkbox"/> Biotecnologo <input type="checkbox"/> Oper. Socio Sanitario <input type="checkbox"/> Infermiere Generico <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato <input type="checkbox"/> Altro		AREA AMMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Collaboratore Ammin. <input type="checkbox"/> Assistente Ammin. <input type="checkbox"/> Altro	
AREA TECNICA <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico <input type="checkbox"/> Programmatore <input type="checkbox"/> Altro			

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA AS FO Azienda sanitaria Friuli Occidentale via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it
--

N° Telefono				E-mail
Indirizzo residenza				
Comune residenza			CAP	PROV
Azienda/Ente di appartenenza	ASFO <input type="checkbox"/>	Altro Ente Pubblico <input type="checkbox"/>	Ditta/ente privato <input type="checkbox"/>	
	Convenzionato <input type="checkbox"/>	Libero Prof. <input type="checkbox"/>		
Struttura operativa	Da COMPILARE SOLO per partecipanti NON DIPENDENTI Azienda Sanitaria Friuli Occidentale			
Nome Az./Ente				
Indirizzo	Via			n°
Comune			CAP	PROV.
Per iniziative con quota di iscrizione la fattura sarà intestata a:	<input type="checkbox"/> Partecipante		<input type="checkbox"/> Azienda di appartenenza	
Partecipazione spons.	SI <input type="checkbox"/>	nome dello sponsor.....	NO <input type="checkbox"/>	

Luogo,Data, _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR

Gentile Interessato,

l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Titolare del trattamento dei dati personali, con sede in Pordenone (PN), Via della Vecchia Ceramica, 1 (di seguito Azienda), La informa su come i Suoi dati personali saranno trattati per la gestione delle attività di formazione continua. Il trattamento avverrà nel rispetto i principi di liceità, trasparenza, correttezza e minimizzazione dei dati personali previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito GDPR). Il trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda è effettuato in modalità cartacea e automatizzata (ad es. con strumenti informatici, telefonici, telematici, audiovisivi, magnetici) da soggetti appositamente autorizzati ai sensi degli articoli 28 e 29 del GDPR e non riguarderà categorie particolari di dati personali.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO Il trattamento dei dati viene effettuato dall'Azienda per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge in materia di formazione nonché per svolgere le correlate finalità amministrative e informative dei programmi e percorsi di formazione continua.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO Il trattamento dei dati personali, è eseguito dall'Azienda per l'esecuzione di un suo compito istituzionale ed è perciò necessario ai sensi della L.R. n. 17/2014.

CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZA DEL RIFIUTO Il conferimento dei dati personali che intendano partecipare ai corsi di formazione è facoltativo benché il rifiuto di fornire i dati personali comporterà l'impossibilità di partecipare al corso.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI L'Azienda La informa inoltre che i dati personali oggetto di trattamento saranno diffusi o comunicati solo nel caso in cui sia previsto da una norma di legge, oppure su Sua esplicita indicazione. In particolare verranno comunicati alla Regione Friuli Venezia Giulia tramite l'applicativo GFOR e al Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (CO.GE.A.P.S.) che li tratteranno in qualità di autonomi Titolari. I dati personali trattati dall'Azienda per finalità di formazione non sono oggetto di comunicazione a soggetti che operano in Paesi terzi.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI Le attività svolte dall'Azienda implicano la raccolta, conservazione ed elaborazione dei Suoi dati personali, qualora necessari, in particolare per la compilazione dell'elenco e recapiti dei partecipanti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO E MODALITÀ DI LORO ESERCIZIO Qualora ritenga che i Suoi dati personali siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; per qualsiasi ulteriore informazione relativa al loro trattamento può inviare una e-mail al Referente aziendale privacy e al Data Protection Officer, (privacy@asfo.fvg.sanita.it) ai quali può inoltre rivolgersi per esercitare i diritti indicati al Capo III ("Diritti dell'Interessato") del GDPR e di seguito riassunti. L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento: •la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: •di conoscere finalità e modalità del trattamento, categorie di dati personali e la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici compresa la profilazione;•i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;•il periodo di conservazione dei dati personali o, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo; •la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano (qualora consentito dalla normativa specifica) o l'esercizio del diritto di opposizione al loro trattamento.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Titolare del trattamento il
 Responsabile SOS Formazione
 dr.ssa Nicoletta Suter

lo sottoscritto _____ dichiaro,
 dopo aver letto e compreso quanto sopra, di aver preso visione della suddetta informativa.

Data.....Firma dell'Interessato.....