

U.O.S. Formazione e Accreditamento
Responsabile: Dr.ssa Simona Roccia

SCHEDA ISCRIZIONE AL PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ECM

(da compilare in modo chiaro e leggibile)

Corso di BLSD (supporto vitale di base e defibrillazione)

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ Residente in _____
Cap _____ Indirizzo _____ Professione _____
Disciplina _____ **Codice ECM (vedi tabella codici disciplina)** [_____]
E-mail _____ Cellulare _____ Unità Operativa di appartenenza _____
_____, al fine dell'iscrizione al corso in argomento, per la data del _____
(vedi calendario BLSD), consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- a) Di essere dipendente/convenzionato (specificare) _____ dell'ASP di Catanzaro, con rapporto di lavoro (specificare) _____;
- b) **Di NON aver frequentato il corso BLSD (supporto vitale di base e defibrillazione) durante l'anno 2024;**
- c) Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- d) Di aver preso visione dell'Informativa Privacy - Partecipanti Corsi ECM, reperibile al link: <https://ecm.calabria.agenas.it/privacy-policy>.
- e) Di essere informato che i dati e/o le informazioni relativi al presente procedimento, saranno sottoposti agli obblighi di trasparenza per l'Amministrazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
- f) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione ed aggiornamento dei dati autocertificati nella presente dichiarazione, che siano intervenuti successivamente alla sottoscrizione della stessa;
- g) Di essere consapevole che la presentazione della presente scheda non vincola l'Azienda a realizzare effettivamente il corso;
- h) Di essere a conoscenza del fatto che l'evento formativo è riservato esclusivamente a personale dipendente/convenzionato dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, che l'ammissione al corso avverrà sulla base dell'ordine temporale di presentazione della domanda (provider.ecm@asp.cz.it), fino ad esaurimento dei posti disponibili, e che a prescindere dall'ordine di arrivo della richiesta di partecipazione al corso, avranno priorità gli operatori sanitari di ruolo dell'ASP di Catanzaro (personale a tempo indeterminato).

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Il Candidato