

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Area: Tutela della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**

## U.O.: Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro “Dott. Gaspare Morsello”

## *Via Amm. Staiti, 95 - 91100 Trapani - 🕿 0923/543009 FAX 0923/543045 📫@:* [*spresal@asptrapani.it*](mailto:spresal@asptrapani.it)

**Scheda di iscrizione**

**Corso di formazione per Coordinatori**

**Durata 20 ore**

**DATI DEL PARTECIPANTE AL CORSO:**

**Cognome/nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_\_ **il** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

**residente nel Comune di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_ **CAP**|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **loc.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel. abitazione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel.** \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **fax** \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**@**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**@**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale o partita IVA** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Firma del partecipante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196, Le forniamo le seguenti indicazioni:**

1. i dai forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento di dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è l’ Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani;
5. responsabile del trattamento è il dirigente dello S.PRE.S.A.L.;
6. in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

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