



REGIONE PUGLIA



**Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari**

**DIREZIONE GENERALE**

Prot. n. 118610/1

Bari, li 5 DIC. 2011

**OGGETTO: Formazione <Incaricati Trattamento Dati Personali>**  
**Indicazioni sulla procedura di ritiro degli attestati**

Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico  
Responsabile Unità Controllo di Gestione  
Responsabile Unità Statistica ed Epidemiologica  
Responsabile Struttura Burocratica Legale  
Responsabile Ufficio Qualità  
Responsabile Unità Operativa Analisi Sistema Informativo  
Responsabile Segreteria Direzione Generale AA.GG.  
Responsabile Ufficio Formazione  
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale  
Responsabile UVAR

Direttore Area Gestione Risorse Umane  
Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie  
Direttore Area Gestione Tecnica  
Direttore Area Gestione Patrimonio  
Direttore Area Servizio Farmaceutico  
Direttore Area Servizio Socio Sanitario

Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche  
Direttore Dipartimento di Prevenzione  
Direttore Dipartimento di Salute Mentale  
Responsabile/Coordinatore Servizio Emergenza Territoriale 118

Direttore Distretto Socio Sanitario n. 1 (Molfetta)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 2 (Corato)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 3 (Bitonto)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 4 (Altamura)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 5 (Grumo Appula)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 6 (Bari Ovest)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 7 (Bari Centro)  
Direttore Servizio Sovra-Distrettuale

Stabilimento Molfetta  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimenti Ruvo - Corato - Terlizzi  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimenti Altamura - Grumo - Gravina - Santeramo  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimento Ospedale San Paolo  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimenti Ospedale Di Venere - Fallacara - Rutigliano  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimenti Monopoli - Conversano  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario  
Stabilimenti Putignano - Gioia del Colle - Noci -  
Direttore Amministrativo  
Direttore Sanitario

Direttore Distretto Socio Sanitario n. 8 (Bari Est)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 9 (Modugno)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 10 (Triggiano)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 11 (Mola)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 12 (Conversano)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 13 (Gioia)  
Direttore Distretto Socio Sanitario n. 14 (Putignano)

Egr. Responsabili del Trattamento dei Dati Personali,

Egr. Incaricati del Trattamento dei Dati Personali

**si rende noto che presso l'Ufficio Tutela della Privacy (sito presso la sede legale della ASL BA - ex CTO - III^ piano, stanze n. 9/10) è possibile, per coloro che hanno già completato la formazione e-learning, ritirare l'attestato di formazione.**

Per agevolare le operazioni di ritiro e consegna dell'attestato, si consiglia ai Direttori/Dirigenti in indirizzo di individuare possibilmente una persona che, per singola unità operativa e/o ufficio, grazie allo strumento giuridico della <delega>, riceverà gli attestati per conto dei deleganti. All'uopo si allega schema di delega da poter utilizzare.

Cordiali Saluti

**Il Direttore Amministrativo**  
Massimo Mancini

**Il Direttore Generale**  
**Titolare del Trattamento Dati**  
Angelo Domenico Colasanto

Ufficio Tutela della Privacy  
Avv. Luigi Fruscio



REGIONE PUGLIA



**Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari**

**UFFICIO TUTELA DELLA PRIVACY**

OGGETTO: **Modello delega ritiro <ATTESTATI FORMAZIONE DELLA PRIVACY>**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a ritirare il seguente documento:

**ATTESTATO FORMAZIONE INCARICATO TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante**

**SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO**

Cura il ritiro il/la sig. \_\_\_\_\_

Identificato/a a mezzo del seguente documento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'impiegato addetto)