



SCHEDA DI AUTORIZZAZIONE AL PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE

Titolo	RISCONFERMARE IL PIACERE DELLA CURA – Edizione 4		
Data	23.05.2024		
Cognome			
Nome			
Professione			
Struttura			
Azienda	Policlinico Riuniti di Foggia	Iscrizione online QCODE	
Altre informazioni			

Note informative:

- ☐ Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all'evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E' possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l'e-mail: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it;
- ☐ Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: direzione generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it e telefono: 0881732441;
- ☐ Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web Aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it>, nell'apposita sezione "Privacy";
- ☐ Il provider dichiara di aver sottoposto al responsabile scientifico, docenti, relatori, tutor e moderatori l'informativa consultabile al seguente link: **INFORMATIVA FORMATORI** (<https://providerpuglia.agenas.it/index.php/it/16-policy/116-informativa-privacy-formatori-corsi-ecm>);
- ☐ Il provider si impegna, inoltre, a sottoporre ai discenti dell'evento l'informativa reperibile al seguente link: **INFORMATIVA PARTECIPANTI** (<https://providerpuglia.agenas.it/index.php/it/16-policy/117-informativa-privacy-partecipanti-corsi-ecm>);
- ☐ Titolare del trattamento dei dati personali (Art. 14.1.a Regolamento 679/2016/UE). Il Titolare del trattamento dei dati personali è AReSS Puglia, con sede in Lungomare Nazario, 33 – 70121 Bari (BA);
- ☐ Data Protection Officer (DPO)/Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 14.1.b Regolamento 679/2016/UE). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato da AReSS Puglia è l'Avv. Nicola Parisi, reperibile al seguente recapito di posta elettronica dpo.aress@pec.rupar.puglia.it oppure telefonando al nr. 080/5404242;
- ☐ **Di prendere atto che le mancate timbrature per i corsi di aggiornamento (progetti aziendali) non verranno più riconosciute, sia in ingresso che in uscita. Si invita, pertanto, a verificare attentamente la validazione della stessa in codice 149 ENTER (ingresso – uscita).**

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Foggia lì, _____

Infermiere Coordinatore

Timbro e Firma

Il Partecipante

Firma

Il Direttore di Struttura

Timbro e Firma

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E CUSTODITO DAL DIPENDENTE PER EVENTUALI RISCONTRI.