



## SCHEDA DI AUTORIZZAZIONE AL PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE

|                    |                                                                                                                                                                 |                   |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Titolo             | CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA PER LAVORATORI E PREPOSTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, AI SENSI DEL D.LGS. 81/08 ART 37 - RISCHIO BASSO |                   |
| Data               | 24/06/2025                                                                                                                                                      |                   |
| Cognome            |                                                                                                                                                                 |                   |
| Nome               |                                                                                                                                                                 |                   |
| Professione        |                                                                                                                                                                 |                   |
| Struttura          |                                                                                                                                                                 |                   |
| Azienda            | Policlinico Riuniti di Foggia                                                                                                                                   | Iscrizione online |
| 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 vidimazione 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 li, \_\_\_\_\_

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.