

**ANSUCHEN UM AUSBILDUNGSANWESENHEIT IM KRANKENHAUS
DOMANDA PER LA FREQUENZA OSPEDALIERA**

BITTE IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN - SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Der/Die Unterfertigte
Il/La sottoscritto/a

Nachname *cognome* _____ Vorname *nome* _____

geboren in *nato/a a* _____ am *il* _____

wohnhaft in *residente a* _____ PLZ *CAP* _____

Straße *via* _____ Nr. *n.* _____

Steuernummer *codice fiscale* _____

im Besitze des Studienabschlusses in
di essere in possesso della laurea in _____

**ERSUCHT um Zulassung zur Fachausbildung
CHIEDE di essere ammesso alla frequenza di formazione specialistica**

bei der Abteilung/beim Dienst:
presso il reparto/il servizio di: _____

vom *dal* _____ bis zum *al* _____

Datum *data* _____ Unterschrift *firma* _____

Primar/Primarin - Direktor/Direktor in der Abteilung/des Dienstes
Primario/Primaria - Direttore/Direttrice del reparto/servizio

Datum *data* _____ Stempel und Unterschrift *timbro e firma* _____

Bei der Durchführung Ihrer Tätigkeit sind Sie gemäß gesetzestretendem Dekret 196/2003 ermächtigt, persönliche und sensible Daten, die Sie bei der Durchführung des eigenen Aufgabenbereiches benötigen, für die amtliche Tätigkeit zu verwenden, unter Wahrung des Amtsgeheimnisses.

Nello svolgimento della propria attività è autorizzata/o al trattamento di dati personali e sensibili esclusivamente per fini istituzionali, nei limiti strettamente necessari all'espletamento delle proprie mansioni e nel rispetto del segreto d'ufficio, ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.