

**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 \_\_\_\_\_ bis zum  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift  
data \_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

Bei der Durchführung Ihrer Tätigkeit sind Sie gemäß gesetzvertretendem 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.