



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Area di Staff “Innovazione, ricerca e formazione” Struttura di Potenza

Corsi Privacy

(incontri formativi in materia di Privacy per il personale tecnico ed amministrativo)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ via _____
telefono _____ qualifica _____ servizio _____
sede di _____, chiede di essere iscritto al Corso sopra specificato nella data di
seguito indicata (*barrare la data scelta*).

A) Villa d’Agri – auditorium Ospedale di Villa d’Agri

- Prima edizione: 21 giugno 2011, ore 15,00 – 18,30
- Seconda edizione : 22 giugno 2011, ore 9,00 – 12,30

B) Potenza – sala formazione struttura centrale ASP, via Torraca 2

- Prima edizione 27 giugno 2011, ore 15,00 – 18,30
- seconda edizione 5 luglio 2011, ore 15,00 – 18,30

firma

Visto il Responsabile del Servizio
(timbro e firma)
