



COMUNICAZIONE RIPRESA ATTIVITA'

(da inviare all'Ufficio Rapporti con Enti Sanitari e all'Ufficio Scuole di Specializzazione Sanitarie)

All'Ufficio Rapporti con Enti Sanitari

All'Ufficio Scuole di Specializzazione Sanitarie

La sottoscritta Dottoressa _____

iscritta al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____

ha ripreso l'attività di formazione specialistica in data _____

In fede.

Data, _____

Firma dichiarante (per esteso e leggibile)

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (privacy)

(Articolo 13 del regolamento UE 2016/679)

I dati personali e sensibili forniti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori e, nel caso di eventuale rifiuto, l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.