



AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

NOME E COGNOME ISTRUTTORE DEL CORSO	FIRMA

- dichiara inoltre, che l'attività di retraining erogata ai soggetti sopra elencati, risponde ai criteri stabiliti dall'Art.12 del Regolamento adottato con Deliberazione AREUS n°97 del 16 Marzo 2023,
- Allega alla presente, a pena di irricevibilità della richiesta,
 - Allegato D – “MODULO DI CONSENSO E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI”,
 - Copia documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Il Direttore Scientifico