



OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale
MILANO

RICHIESTA BADGE

- tirocinante**
- specializzando**
- frequentatore**
- collaboratore volontario**

Milano, _____

MATRICOLA _____

Cognome _____ nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente _____ C.A.P. _____ via _____

Codice fiscale _____ n. tel. _____

Visita del Medico Competente effettuata il _____.

Autorizzato alla frequenza il per il periodo dal _____ al _____

presso _____

(firma del richiedente)

=====

Parte riservata agli specializzandi e tirocinanti

Scuola – Istituto – Università frequentata:

Delibera n. _____ del _____

=====

Parte riservata all'Ufficio Giuridico

WHR _____

NHR _____

Scadenziario _____

=====

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

I dati personali raccolti sono necessari per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti. Tali dati saranno trattati in forma cartacea e informatizzata, dai soli soggetti autorizzati, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal citato decreto. Per l'esercizio dei propri diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento che è l'Azienda Ospedaliera "Fatebenefratelli e Oftalmico", con sede in Corso di Porta Nuova 23 – Milano.