



Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Modulo di richiesta account ISES per applicativi CUP

Il presente modulo va restituito alla D.M.O. a mezzo fax, al numero **0755784076**

ATTENZIONE: Si prega di **scrivere in modo leggibile** ed indicare un **indirizzo mail aziendale valido e funzionante**.

In mancanza delle suddette condizioni (illeggibilità dei dati, mail non attiva o non funzionante), la presente richiesta sarà declinata.

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
EMAIL AZIENDALE	
TELEFONO	
MANSIONE	

Data: ____/____/____

Firma _____

D. Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali
Consenso al trattamento dei dati personali

Si autorizza il trattamento dei suddetti dati personali per le finalità di registrazione alle applicazioni ISES di prenotazione ed accettazione CUP.

Firma _____