



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 _____