

La richiesta deve essere trasmessa all'indirizzo di posta elettronica [formazione@adibr.it](mailto:formazione@adibr.it).

**Richiesta di concessione delle credenziali di accesso alla Piattaforma di E-Learning forHEALTHlearn.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

CHIEDE

sotto la propria personale responsabilità, l'abilitazione all'uso della Piattaforma di E-Learning forHEALTHlearn .

**Luogo e data**

**Firma del Richiedente**

**NOTA:** si allegano alla presente carta di identità e tessera sanitaria.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”. E dichiaro, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalle leggi citate”.

**Luogo e data**

**Firma del Richiedente**