

Ufficio Formazione

AVVISO

Corsi di formazione su
**RIFORMA "BRUNETTA":
LA NUOVA DISCIPLINA DEL RAPPORTO DI
LAVORO PUBBLICO**

Corso: Ciclo delle performance e valutazione

18-19-20 ottobre 2010
Centro Formazione Aziendale - Pizzo Cal.

Ore 8,30/13,30

**Corso: Potere disciplinare e sistema sanzionatorio
nella P.A.**

novembre 2010
(le date saranno comunicate successivamente)
Centro Formazione Aziendale - Pizzo Cal.

Ore 8,30/13,30

I corsi sono destinati a *Dirigenti e Funzionari* con incarichi di responsabilità
Iscrizioni: tramite scheda di iscrizione (da scaricare dal sito aziendale o reperibile presso l'Ufficio Formazione) da trasmettere via fax o e-mail all'Ufficio Formazione
fax 0963-962474 - e-mail: p.fedele@asl8vv.it



**Azienda Sanitaria Provinciale
Vibo Valentia**

**All'Ufficio Formazione
S E D E**

MODULO D'ISCRIZIONE AL CORSO:

“Ciclo delle performance e valutazione”

Centro Formazione Aziendale di Pizzo Cal.

18-19-20 ottobre 2010 - ore 8,30/13,30

Cognome **Nome**

Badge n°

Indirizzo Abitazione: Via **N°**

CAP **Città** **prov**

Telefono Abitazione **Cellulare**

e-mail:

Ruolo: **Sanitario** **Tecnico** **Amm.vo** **Prof.le**

Qualifica

U.O./sede lavorativa:

.....

Telefono **Fax**

E-mail:

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono veritieri. Inoltre, autorizzo l'ASP di Vibo Valentia, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati per la gestione dell'attività formativa. Dichiaro, altresì, di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.

Il sottoscritto dichiara di avere provveduto a programmare opportuna turnazione per garantire il servizio.

DATA:

FIRMA



**Azienda Sanitaria Provinciale
Vibo Valentia**

**All'Ufficio Formazione
S E D E**

MODULO D'ISCRIZIONE AL CORSO:

“Potere disciplinare e sistema sanzionatorio nella P.A.”

Centro Formazione Aziendale di Pizzo Cal.

novembre 2010 - ore 8,30/13,30

Cognome **Nome**

Badge n°

Indirizzo Abitazione: Via **N°**

CAP **Città** **prov**

Telefono Abitazione **Cellulare**

e-mail:

Ruolo: **Sanitario** **Tecnico** **Amm.vo** **Prof.le**

Qualifica

U.O./sede lavorativa:

.....

Telefono **Fax**

E-mail:

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono veritieri. Inoltre, autorizzo l'ASP di Vibo Valentia, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati per la gestione dell'attività formativa. Dichiaro, altresì, di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.

Il sottoscritto dichiara di avere provveduto a programmare opportuna turnazione per garantire il servizio.

DATA:

FIRMA