

**MODULO DA CONSEGNARE ALLA CAPITANERIA DI PORTO DI COMPETENZA per la verifica di competenza**

**DA INVIARE A SEGRETERIA CORSI MAIL: [gessica.barsotti2@uslnordovest.toscana.it](mailto:gessica.barsotti2@uslnordovest.toscana.it) oppure FAX 05846059650**

Al Direttore del Corso di Formazione  
Dott. Andrea Nicolini  
Azienda USL Toscana Nord Ovest

Oggetto: Iscrizione al Corso di Formazione

FIRST AID

MEDICAL CARE

\_ I \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscriitt\_\_ nel registro della gente di mare alla matricola n. \_\_\_\_\_

Presso la Capitaneria del Porto di \_\_\_\_\_

Chiede

Di essere ammess\_\_ Al Corso di Formazione

FIRST AID dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

MEDICAL CARE dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione e la fattura relativa al pagamento della quota d'iscrizione siano inviate al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: Abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Primo Rilascio certificato o Rinnovo \_\_\_\_\_ Indirizzo e -mail \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto dichiara di autorizzare l'Azienda USL Toscana nord ovest al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (informativa sul retro)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SI PREGA DI COMPILARE TUTTI I CAMPI**

**Spazio riservato per la verifica del possesso dei requisiti da parte della Capitaneria di Porto**

Si attesta che \_ I \_ Sig. \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente ai fini della partecipazione ai Corsi di formazione ed aggiornamento sanitario per il personale della Marina Mercantile e del Diporto di cui al D.M. 16 giugno 2016

data \_\_\_\_\_

Timbro /Firma della Capitaneria di Porto  
\_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 'Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato alla gestione dei corsi First Aid e Medical Care. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.lgs. n. 196/2003, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure di gestione del corso ai sensi delle disposizioni normative vigenti. Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'Azienda USL Toscana Nord Ovest. Il responsabile del trattamento è il Direttore della U.O. Formazione Esterna, Universitaria e di Base. L'interessato gode dei diritti di cui all'art.7 del citato Decreto tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.