



**ARCS**  
Azienda Regionale  
di Coordinamento  
per la Salute



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## ACCETTAZIONE DOCENZA

(da restituire al Centro Regionale Formazione)

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In riferimento alla nota di data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ relativa alla attivazione del corso: \_\_\_\_\_

**Accetto** l'attività di docenza alle condizioni riportate nella lettera citata;

**Non Accetto** l'attività di docenza per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**dichiaro inoltre che:**

Autorizzo  Non autorizzo la duplicazione del materiale didattico

Autorizzo  Non autorizzo la pubblicazione del materiale didattico nel sito intranet aziendale

il materiale didattico è libero da copyright.

di avere preso visione dell'informativa privacy disponibile nella sezione dedicata del sito istituzionale di ARCS e di aver acconsentito al trattamento dei miei dati personali.

**Allega** i seguenti documenti, compilati e sottoscritti:

Modulo **'Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del docente e/o altre figure'**  
(se presente conflitto di interessi)

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_