

ACCETTAZIONE INCARICO (da restituire a Centro Formazione Regionale/CeForMed)
--

Il/la sottoscritto/a

C F :

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

ARCS " _____ " in qualità di:

relatore docente moderatore tutor responsabile scientifico

Accetto l'incarico alle condizioni riportate nella lettera citata;

Non Accetto l'incarico per il seguente motivo: _____

Dichiaro, ove previsto, che :

Autorizzo **Non autorizzo** la duplicazione del materiale didattico per la divulgazione ai partecipanti al corso

Autorizzo **Non autorizzo** la pubblicazione del materiale didattico nel sito internet aziendale

Il materiale didattico è libero da copyright

Nell'eventualità che la sessione formativa venga registrata (durante un corso residenziale, oppure durante un webinar tramite piattaforme Teams o Zoom):

Autorizzo **Non autorizzo** la pubblicazione e/o diffusione delle proprie immagini a scopo formativo e divulgativo, non commerciale, ai partecipanti al corso;

Autorizzo **Non autorizzo**, ove previsto, la pubblicazione e/o diffusione delle proprie immagini a scopo formativo e divulgativo, non commerciale, anche sul sito internet di ARCS, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione;

Autorizzo **Non autorizzo** la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dell'Ente

dichiaro di avere preso visione dell'informativa privacy **per docenti e tutor** disponibile nel sito istituzionale di ARCS al seguente link:

https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2023/11/22/INFORMATIVA_DOCENTI.pdf

e di aver acconsentito al trattamento dei miei dati personali.

Data: _____

Firma: _____