



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

ACCETTAZIONE DOCENZA
(da restituire al Centro Formazione Regionale)

Il / la sottoscritto/a _____

CF

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

In riferimento alla nota di data _____ prot. n. _____ relativa alla attivazione del corso: **ARCS "Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie: strategie e buone pratiche per l'agire professionale"**

- ☐ 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 i 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: _____