

## DOMANDA di ISCRIZIONE

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

### IN QUALE STRUTTURA VORRESTI SVOLGERE IL SERVIZIO AVO?

◇ Presidio ospedaliero BASSINI – CINISELLO B.MO

◇ RSA centro anziani – CUSANO M.NO

### PREFERENZA REPARTO DOVE SVOLGERE IL SERVIZIO\*

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### PREFERENZA TURNI \*

**GIORNO** \_\_\_\_\_ ◇ mattina ◇ pomeriggio ◇ sera

**GIORNO(in alternativo al primo)** \_\_\_\_\_

\***N.B.** L'AVO deve tenere in considerazione le necessità dell'Azienda Ospedaliera/Rsa, quindi è possibile che le preferenze espresse possano essere variate, nel caso si provvederà a trovare una soluzione concordata.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali GDPR, consente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi associativi-statutari

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_