

- Al Presidente di OPES

Il/la Sottoscritt_ _____ nato il _____
 a _____ (____) e residente a _____ (____)
 all'indirizzo _____ C.Fisc. _____
 Tel. cellulare _____ email _____

chiede di partecipare alla selezione per l'ammissione al Master di secondo livello in **RISK MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE** di cui al Bando emanato in data 04/09/2018 dalla Università di Siena.

Il sottoscritto dichiara di essere Dipendente dell'Ente o Azienda (specificare): _____
 _____ con la qualifica: _____

Al predetto fine allega alla presente:

- Curriculum Vitae et Studiorum con indicazione dell'eventuale esperienza maturata nel settore del Master;
- copia di un documento di identità personale in corso di validità;
- copia del Tesserino Sanitario;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al titolo di Laurea Magistrale o Specialistica o del Vecchio Ord.;
- n° 2 foto formato tessera;
- domanda di iscrizione ad OPES Formazione;
- ricevuta del versamento di 10,00 euro come quota di adesione ad OPES;
- una marca da bollo da 16,00 euro (va lasciata sciolta senza attaccarla su nessun documento);
- ricevuta del bonifico della prima rata della Tassa di Iscrizione di € 1.516,00 in favore di OPES Formazione - oppure - modello per pagamento rateale tramite finanziamento a interessi zero dell'intera Tassa di iscrizione che in considerazione del contributo a carico Sindacato sotto indicato, ammonta ad € 3.116,00.

Il Sottoscritto **dichiarando di essere iscritto al Sindacato:** UIL F.P.L. SNAMI si impegna inoltre a versare la successiva rata della quota di iscrizione (se dovuta) nonché i diritti regionali eventualmente previsti secondo le scadenze e con le modalità fissate da OPES e dalla Università di Siena.

luogo: _____ data _____ In Fede _____
 (firma leggibile)

Il firmatario conferisce mandato ad OPES (C.F. e P.IVA 01579310507) di rappresentarlo negli atti amministrativi relativi alla sua iscrizione al master universitario in Direzione e Management di Aziende e Strutture Complesse del SSN presso l'Università di Siena e, nella stessa forma, delega la stessa OPES al disbrigo delle pratiche, al versamento delle tasse personalmente dovute, al ritiro di ogni sua documentazione personale concernente la sua iscrizione e frequenza allo stesso, nonché ad effettuare in nome e per conto proprio ogni procedura, anche online o di tipo telematico, relativa alla sua iscrizione al medesimo Master.

Firma

INFORMATIVA PRIVACY

1. Il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo è effettuato da OPES Formazione esclusivamente per fini istituzionali e per le finalità di gestione della presente attività formativa. L'informativa sul trattamento dei dati personali dello Studente è acquisibile nella sezione Privacy del web di OPES all'indirizzo <http://www.opesformazione/privacy.htm>

2. OPES Formazione si impegna a rispettare il carattere riservato dei dati e delle informazioni fornite, che saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e del D.lgs. 196/2013 Codice privacy, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento stesso. Titolare del trattamento dei dati per OPES Formazione è il Dottor Mario Renzi. L'interessato potrà far valere i suoi diritti (artt. 15 e seguenti del Regolamento UE) rivolgendosi al Titolare del trattamento dei dati scrivendo alla casella pec opesformazione@pec.it, oppure casella e-mail master@opesformazione.it ;

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione del rapporto tra lo Studente e OPES Formazione per le finalità di cui al presente modulo (es.: selezione, immatricolazione, ammissione, iscrizione, gestione posizione universitaria, ecc). L'eventuale rifiuto al trattamento comporta l'esclusione dell'interessato.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO

Il/La Sottoscritto/a vista l'informativa sopra riportata, autorizza l'Associazione OPES Formazione al trattamento dei suoi dati personali ai sensi delle norme vigenti.

Firma