

ASL Roma 2 - Ispettorato Micologico
I° Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di MICOLOGO
(D.M. 686/96) Biennio 2026 - 2027

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
(Compilare in stampatello)

Dati del Candidato/a

Nome e Cognome:

- Luogo e data di nascita:

- Codice Fiscale:

- Titolo di studio:

- Azienda ASL di appartenenza:

- Qualifica professionale:

- Indirizzo e-mail:

- Recapiti telefonici:

- Cellulare: _____

- Telefono fisso: _____

Richiesta di Ammissione

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a al corso nella seguente graduatoria:

☐ Dipendente ASL Roma 2

☐ Dipendente altra ASL

☐ altri enti pubblici con compiti di vigilanza e controllo, per gli operatori di strutture private impegnati nella preparazione o nel confezionamento di funghi epigei spontanei, nonché per appassionati di micologia e cittadini interessati ad approfondire l'argomento

Servizio di appartenenza e sede:

Timbro e firma leggibile del Dirigente Autorizzante
(Se la formazione è a carico della ASL)

Firma per autorizzazione

Luogo e data: _____

Firma del candidato

(Il candidato autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003)

- Allego fotocopia della carta di identità fronte/retro (obbligatorio)
- Allego autocertificazione del titolo di studio posseduto o copia dell'originale (obbligatorio)
- Allego fotocopia tessera sanitaria fronte/retro (obbligatorio)

"Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 "GDPR" l'ASL Roma 2, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati saranno trattati solo per le finalità connesse alla gestione delle procedure di registrazione. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario nell'ambito del rapporto stabilito con Lei (art. 6 par. 1 lett. b del GDPR). I dati saranno conservati, fatto salvo ogni eventuale obbligo di legge, solo per il tempo necessario alla conclusione dell'incarico. Lei potrà far valere in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati (dpo@aslroma2.it) e, laddove ritenesse che il trattamento degli stessi avvenga in violazione del GDPR, proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR ovvero adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR)".

FIRMA DI PRESA VISIONE E CONSENSO

Modalità di Invio della Domanda

La scheda d'iscrizione, compilata in ogni sua parte, deve essere trasmessa alla Segreteria Organizzativa del Corso tramite posta elettronica all'indirizzo stefano.rizzo@aslroma2.it.

Termine ultimo per l'invio: 31 LUGLIO 2026 - ORE 14.00.