

 <p><b>S</b>ERVIZIO <b>S</b>ANITARIO <b>R</b>EGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b></p>	<h1>RILASCIO CARTELLINO TIMBRATURE</h1>	<p><b>Modello B</b></p> <hr/> <p>Pag. 1/1</p>
---	---	---

**ALLA U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE**  
**Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale** \_\_\_\_\_

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_ **MATRICOLA** \_\_\_\_\_

**IN FORZA ALL'UNITA' OPERATIVA DI** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA PROFESSIONALE** \_\_\_\_\_

**CENTRO DI COSTO** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**IL RILASCIO DEL CARTELLINO MAGNETICO PER:**

- NUOVA ASSUNZIONE*
  - SMARRIMENTO*
  - ROTTURA BADGE*
  - ALTRO* \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

**DATA** \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_