



Corso di formazione  
**Sistemi di Gestione per la Qualità nelle Unità di Raccolta**  
*Destinato ai soggetti designati come responsabili della funzione di Garanzia della qualità ai sensi  
dei Requisiti minimi organizzativi approvati con l'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010*

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritto/a .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo ..... Provincia .....

N. telefonico al quale può essere eventualmente contattato/a .....

Indirizzo e-mail .....

[Riportare l'indirizzo e-mail in modo esatto e chiaramente leggibile]

visto il relativo regolamento

**chiede di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione  
"Sistemi di Gestione per la Qualità nelle Unità di Raccolta"**

Ai fini dell'ammissione al Corso il/la sottoscritto/a, a conoscenza delle norme vigenti e delle relative sanzioni in materia di dichiarazioni non veritiere, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di essere in possesso del diploma di laurea (o titolo equivalente) .....

- di operare/fare riferimento all'Unità di Raccolta .....

della Associazione donatori    AVIS    CRI    FIDAS    FRATRES    Altra

Regione / Provincia Autonoma .....

- di possedere competenze almeno di base nell'ambito della gestione per la qualità in sanità

Dichiara di optare per l'Edizione del Corso [Effettuare una sola opzione. L'opzione non è vincolante per il CNS]

1^     2^     3^     4^

Luogo e data.....

Firma del/della richiedente .....

**ATTESTAZIONE DELLA PERSONA RESPONSABILE DELLA UNITÀ DI RACCOLTA**

Si attesta che il Dr. / la Dr.ssa .....

è designato/a presso questa Unità di Raccolta nel ruolo di "Funzione di garanzia della qualità" (o denominazione equivalente) come previsto dal Requisito U0.2, Allegato 1, dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

**In fede**

**La Persona Responsabile della Unità di Raccolta**.....

(vedi articolo 6, comma 5, del Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n.261)

[Timbro e firma]

**Luogo e data**.....