

Modulo richiesta partecipazione ai Corsi di Formazione

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ | ____/____/____
codice fiscale _____
indirizzo di posta elettronica _____
dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di _____
in servizio presso il P.O. _____ U.O. _____
tel. _____ cell. _____ n. matricola _____

Chiede

di partecipare alla iniziativa formativa proposta da questa Azienda
che si terrà a _____ presso _____
nel / nei giorno/i _____ edizione _____
dal titolo _____
data ____/____/____

Firma del dipendente

Nulla Osta del Direttore di Struttura Complessa

Inviare iscrizione utilizzando apposito modulo allegato opportunamente compilato e firmato all'indirizzo e-mail corsi.formazione@aspvv.it indicando il codice "ALLERGIE FARMACI".

Si chiede di inserire nell'oggetto della mail il codice corretto. La sua erronea indicazione ovvero omissione potrebbe non garantire la partecipazione.

Le stesse saranno accettate fino al raggiungimento del numero complessivo indicato nel progetto formativo, distinto per professione.

N.B Le domande incomplete non saranno prese in considerazione