

## Modulo richiesta partecipazione ai Corsi di Formazione

Al Dirigente Responsabile  
Ufficio Formazione Aziendale

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](mailto:corsi.formazione@aspvv.it) indicando il codice "COMUNICARE IN MEDICINA".

**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**