

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 _____

dependente 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 "ISCRIZIONE TRIAGE SECONDA EDIZIONE".

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