

Richiesta di partecipazione ai Corsi di formazione organizzati dall'ASL di Sanluri

(non verranno considerate valide per il rilascio dei crediti ECM le richieste incomplete)

Al Responsabile del Servizio
Valorizzazione risorse umane

Il/La sottoscritto/a _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____ nato a _____ il _____
residente a _____ cap. _____ via _____ n° _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
con la qualifica di _____

CHIEDE

di partecipare alla seguente iniziativa formativa dal titolo:

“LE MALATTIE PROFESSIONALI: OBBLIGHI CERTIFICATIVI DEI MEDICI”

che si terrà a Sanluri presso IL TEATRO LOC. PARCO S'AREI, nel giorno 24 ottobre 2015 dalle ore 8:15 alle ore 14:00

La domanda di iscrizione va inviata alla segreteria organizzativa via fax al numero 0709359520 o via email spresal@aslsanluri.it entro il **09 ottobre del 2015**Sono disponibili 20 posti; le iscrizioni seguiranno l'ordine di arrivo e verranno confermate telefonicamente.**Si autorizza l'uso dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni**

Data _____

Firma Richiedente
