Compilare con carattere stampatello maiuscolo.
Le domande incomplete non saranno accettate

Al Responsabile Ufficio Formazione
ASL di Nuoro

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ cap. _____

via_____, n° _____

tel.(lavoro) _____ tel.(domicilio)_____ cell._____

e mail_____

dipendente a tempo [indeterminato] [determinato]

con la qualifica (scrivere per esteso)_____

disciplina (solo per dirigenti) _____

in servizio presso U.O./Servizio _____

sede _____

REQUISITI PER SISTEMA ECM

CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a il _____ _____ _____ luogo di nascita _____

CHIEDE

Di partecipare alla seguente iniziativa formativa proposta da questa Azienda

dal titolo _____

che si terrà a_____

nel / nei giorno/i _____

Autorizzo l'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni SI NO

Data _____ Firma del dipendente _____

Firma del Caposala/Capotecnico/ Coordinatore
(solo per il comparto del ruolo sanitario)

_____

Firma per autorizzazione
del Responsabile di Struttura

_____