

MODULO DI ISCRIZIONE

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte

Alla S. C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo

		ASSL di																	
II/La sottoscritto/a _		nato/a a																	
il	, residente in via															n			
nel comune di								<u>,</u>	, cap										
Recapito telefonico (lavoro)					(domicilio)cell														
E-mail aziendale																			
Dipendente a tempo												_ mat	ricol	a n					
qualifica					d	iscip	lina	(solo	per o	lirige	nti m	edic	i)						
in servizio presso U	.O./S	erviz	io _																
sede di lavoro																			
Codice Fiscale																			
		di e	esser	re iso	critte		CH all'e		DE to for	mat	ivo (lal ti	itolo) :					
che si terrà a:					il g	giorn	0			(dalle	ore _			alle	ore _			
Con la sottoscrizione del personali ai sensi del Decre UE 2016/679).																			
Data:																			
il Richiedente	e							Au	torizz	zazio	ne de	l Res	spons	sabile	e dell	a Str	uttur	a	