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,
comunicazione e relazioni esterne

Il/La sottoscritto/a_____ nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° ____-cap.____

tel._____ cell._____, e-mail _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

con la qualifica di _____ in servizio presso U.O._____

Ente di appartenenza _____

☐ a rapporto esclusivo ☐ a rapporto non esclusivo

☐ tempo pieno ☐ tempo part time ☐ determinato ☐ indeterminato

CHIEDE

di partecipare al seguente evento formativo dal titolo: "**LE NEOPLASIE PROFESSIONALI SEGNALATE: INDIVIDUAZIONE DEL NESSO CAUSALE**"

che si terrà a Sanluri presso la sala riunioni del Centro Salute Mentale, in Via Sassari, nel giorno: 14 aprile 2016, dalle ore 08,30 alle ore 18,00.

La domanda di iscrizione debitamente datata e firmata va inviata alla segreteria organizzativa via fax al numero 070/9359580, o all'indirizzo di posta elettronica: formazione@aslsanluri.it, entro il 08 aprile 2016.

Sono disponibili **48 posti**; le iscrizioni seguiranno l'ordine di arrivo e verranno confermate telefonicamente.

Data:

Firma Richiedente

_____

Si autorizza l'uso dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni

Data _____

Firma Richiedente