

**Modulo richiesta partecipazione ai Corsi di Formazione
organizzati dall' Azienda Sanitaria Locale BT**

Al Dirigente Responsabile
U.O. Formazione e Aggiornamento

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____ n° _____

codice fiscale _____

indirizzo di posta elettronica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica

di _____ in servizio presso il _____

U.O. _____ tel. _____ cell. _____

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

N. O. del Direttore di Macrostruttura

Le domande debitamente compilate devono essere inviate all'Ufficio Formazione (fax 0883-577730)
per l'acquisizione del protocollo in ingresso.

L'elenco degli ammessi ai corsi potrà essere consultato sul sito www.aslbat.it

N.B Le domande incomplete non saranno prese in considerazione