

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

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

Le domande debitamente compilate devono essere inviate all' Ufficio Formazione per l'acquisizione del protocollo in ingresso. Le stesse saranno accettate fino al raggiungimento del numero complessivo indicato nel progetto formativo, distinto per professione. La preferenza espressa per le edizioni presenti ha valore meramente indicativo solo per l'anno in corso.

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