

**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

Nulla Osta del Dirigente

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](http://www.aslbat.it)

**N.B Le domande incomplete non saranno prese in considerazione**