

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello e da inviare all'Ufficio Formazione tramite mail serv.formazione@aoucagliari.it, posta interna o recapitato direttamente presso l'Ufficio)

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ Cod. Fisc. _____
Dipendente AOU presso U.O. _____
Matricola e data assunzione _____ Ruolo _____
specializzazione (solo per i medici) _____
cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al Corso di Formazione dal titolo:

che si terrà il _____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ lì _____

Autorizzazione del Responsabile

(Firma e timbro)

Il Richiedente

La presentazione della scheda implica automaticamente l'iscrizione al corso prescelto.

I partecipanti saranno iscritti al corso in base all'ordine di arrivo delle iscrizioni.

Il Servizio Formazione contatterà il dipendente solo nel caso in cui la stessa non può essere accolta

Per informazioni contattare l'Ufficio Formazione all'indirizzo email serv.formazione@aoucagliari.it, oppure al numero 070 51092128/2132135