



CORSO AGGIORNAMENTO II LIVELLO



Al
C.F.O.P. "Don Tonino Bello"
Via Bruno Buozzi 3 a/b
76123 Andria (BT)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente in via _____
città _____ telefono _____
codice fiscale _____ email _____
con qualifica di _____

CHIEDE

di poter partecipare al Corso di Aggiornamento di **II LIVELLO:**

**"LA NUOVA FIGURA DELL'OSS E DEL CARE MANAGER NELLA GESTIONE DEI
SERIVZI SANITARI TERRITORIALI"**

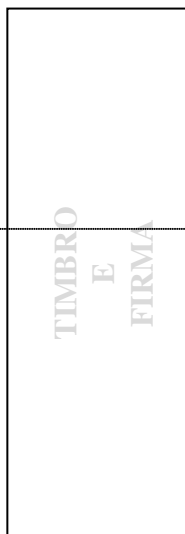
che si terrà **Lunedì 12 Maggio 2014** (14:00 – 20:00).

Da allegare Carta d'Identità e Codice Fiscale.

Data _____

Firma

Ora _____



PER RICEVUTA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
ha presentato domanda di iscrizione in data _____ alle ore _____
per frequentare il corso di aggiornamento (II livello) del 12 Maggio 2014 (14:00-20:00) dal titolo: **"LA NUOVA
FIGURA DELL'OSS E DEL CARE MANAGER NELLA GESTIONE DEI SERIVZI SANITARI
TERRITORIALI"**.

Le comunicazioni e informazioni inerenti al corso saranno pubblicate esclusivamente sul sito www.centrodiformazione.it.

L'Ente declina ogni responsabilità derivante dalla loro mancata presa visione.