



CORSO AGGIORNAMENTO I 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 _____

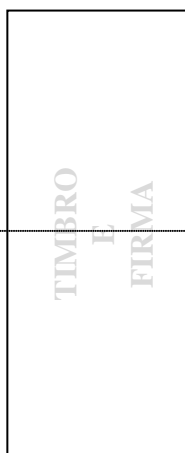
CHIEDE

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

**"IL RUOLO DELL'INFERMIERE E DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO NEL
LAVORO IN TEAM NELL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA"**

che si terrà **Lunedì 31 Marzo 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 (I livello) del 31 Marzo 2014 (14:00-20:00) dal titolo **"IL RUOLO
DELL'INFERMIERE E DELL'OPERATORE SOCIOSANITARIO NEL LAVORO IN TEAM NELLA UNITÀ
OPERATIVA COMPLESSA"**.

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.