



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 03 Febbraio 2014.**

Da allegare Carta d'Identità e Codice Fiscale.

Data _____

Firma

Ora _____



PER RICEVUTA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
ha presentato domanda di iscrizione al corso di aggiornamento **"IL RUOLO DELL'INFERMIERE E DELL'OPERATORE SOCIOSANITARIO NEL LAVORO IN TEAM NELLA UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA"** in data _____ alle ore _____.

Le comunicazioni e informazioni inerenti al corso saranno pubblicate esclusivamente sul sito www.centrodiformazione.it dopo il 27.01.2014. L'Ente declina ogni responsabilità derivante dalla loro mancata presa visione.