

## Pre - iscrizione a Corso di formazione (destinata al personale esterno all'A.O. di Caserta)

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono/Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_

U.O. di appartenenza \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere iscritto al corso di formazione, la cui quota di iscrizione è di € \_\_\_\_\_, che  
si terrà in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, dal titolo:

“ \_\_\_\_\_ ”

Per informazioni: telefonare al nr. 0823 - 232481/232526/232521

e-mail: [formazione@ospedale.caserta.it](mailto:formazione@ospedale.caserta.it)

Il/La sottoscritt\_\_\_ ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente/non acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_