



**Oggetto: richiesta certificato Direzione Scientifica – Docenza –  
Tutoraggio corso di Formazione**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

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

Telefono/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

con la Qualifica Professionale \_\_\_\_\_ UO di appartenenza \_\_\_\_\_

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

*CHIEDE*

il rilascio di n. \_\_\_\_\_ certificati/i attestante/i la Direzione Scientifica /Docenza/Tutoraggio  
relativa al corso di formazione dal titolo:

\_\_\_\_\_

svoltasi \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Distinti Saluti.

Caserta, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a, 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.

U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance  
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta - Via Palasciano 81100 - Caserta  
Settore **FORMAZIONE**: 0823.232075 - 0823.232902 – **0823.232612**  
e-mail: [formazione@ospedale.caserta.it](mailto:formazione@ospedale.caserta.it) - Pec: [organizzazione e sviluppo@ospedalecasertapec.it](mailto:organizzazione e sviluppo@ospedalecasertapec.it)