

Al Responsabile UO Politiche del Personale e Formazione  
AOOR Villa Sofia-Cervello  
Palermo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica  
di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere iscritto all'evento formativo **BRA Day Italy – Palermo 2014** che si svolgerà il giorno  
15 ottobre 2014 dalle ore 8,00 alle ore 15,00 presso l'Aula Magna "Maurizio Vignola" del  
Presidio ospedaliero Vincenzo Cervello di Palermo.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, esclusivamente ai fini ECM, di essere nella seguente condizione  
occupazionale:

- Libero Professionista
- Dipendente
- Convenzionato
- Privo di occupazione

Firma

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_