

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 _____