



Allegato III

**Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P. Iva e C.F. 02570930848
DIREZIONE GENERALE

U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Tel. 0922- 407164/189 - mail: formazione@aspag.it

Prot. n. _____ del _____

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE AZIENDALE

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO _____ RESIDENTE _____

VIA _____ C.A.P. _____ PROV. _____

CELL. _____ MATRICOLA N. _____

IN SERVIZIO C/O _____

QUALIFICA _____

DISCIPLINA (solo per la professione di medico)

INDIRIZZO UFFICIO _____

TEL. UFF. _____ e-mail _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

DI PARTECIPARE AL CORSO: _____

EDIZIONE N. _____ DEL _____

FIRMA RICHIEDENTE

Il Responsabile U.O.C

**Si Autorizza
(Il Responsabile della Macrostruttura)**
