

UOC Qualità, Accreditemento e Formazione

OGGETTO: Richiesta partecipazione al **CORSO** di formazione

OPERATORI DI SPERANZA. LA CURA DELLA VITA NELLA FASE FINALE DELLA MALATTIA

che si svolgerà presso Il Centro Pastorale a FANO, sita in VIA ROMA 118 il **15 FEBBRAIO 2025 dalle ore 10.00 alle ore 13.00**

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____

Luogo e Data di nascita _____

Qualifica e Sede Lavorativa _____

Indirizzo email _____

N° telefono/cellulare _____

Indirizzo Abitazione _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Consento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 10 Legge 675/96.

CHIEDE

l'iscrizione, in qualità di **PARTECIPANTE** al Corso di Formazione in oggetto

A tal fine il sottoscritto/a _____ specifica che esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità.

Distinti saluti.

Il Richiedente

Data _____

N.B. La SCHEDA ANAGRAFICA DEVE ESSERE INVIATA ALL'INDIRIZZO MAIL

formazione.ast.pu@sanita.marche.it