



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Domanda di iscrizione ai CORSI 2003

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1. Scrivere in carattere stampatello
2. Compilare entrambe le facciate di questo modulo
3. Compilare una domanda specifica per ogni singolo corso per un massimo di 6 corsi

le domande incomplete non saranno prese in considerazione.

Cognome

Nome

Nato/a(prov.).....il.....

Titolo del corso a cui si intende partecipare:

.....
.....

Sesso [M] [F]

Ente con indirizzo (da completare con cura per le successive comunicazioni)

.....
.....
.....

Via

CAP Città Regione

N° Telefono

N° Fax Posta elettronica.....

Titolo di Studio (specificare)

Specializzazione

Posizione nell'Ente

di ruolo borsista [] contrattista []
qualifica volontario [] convenzionato []

contratto di dirigenza ex DL 502
qualifica

SAC/op

Pervenuta il giorno:

___/___/___
(gg / mm / aa)

[] []

[]

[] [] [] []

(Sezione riservata alla SAC)

[] []

[] []

[]

[]

SEGUE [arrow]

Le mie precedenti esperienze e conoscenze attinenti al corso sono le seguenti:

.....

.....

.....

.....

.....

I miei incarichi e/o attività attuali sono i seguenti:

.....

.....

.....

.....

.....

Il corso mi sarà utile per i seguenti motivi:

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del richiedente:

.....

Da inviare a:
Segreteria per le Attività Culturali - Corsi
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Fax: 06/49387073
Tel.: 06/49902436 - 49903433 - 49903432