

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Dati del richiedente:

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Cod. Fisc. _____

Titolo di studio _____

Azienda ASL _____

Qualifica _____

e-mail _____

Cell. _____ Tel.Uff. _____

Si richiede di essere ammesso al corso nella seguente graduatoria:

Dipendenti ASL Roma 5

Indicare il servizio di appartenenza e la sede: _____

Timbro e firma leggibile del Dirigente Autorizzante



Dipendenti ASL Sistema Sanitario Regionale

Indicare ASL di appartenenza: _____

Presenza di un Ispettorato micologico presso la propria ASL: SI NO

Numero di micologi in servizio presso l'ispettorato micologico se presente: _____

Timbro e firma leggibile del Dirigente Autorizzante



Luogo e data: _____

Firma _____

(Si autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto del D. Lgs.vo 196/2003)