

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

Prendersi cura

CORSO DI FORMAZIONE PER BADANTI



Il/la sottoscritto/a

Nome..... Cognome..... nato/a
..... il....., residente in via
..... Nazionalità..... titolo di studio
..... recapito telefonico.....
indirizzo.mail....., attività lavorativa attuale

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso gratuito **"PRENDERSI CURA"** che si terrà presso la Casa della Salute di Rocca Priora via Malpasso D'Acqua 12, **nel periodo aprile – luglio 2018.**

Allegare copia di un documento d'identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizzo la ASL Roma 6 al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari relativi al corso di formazione e per l'invio del relativo materiale didattico

Data _____

Firma _____

IL PRESENTE MODELLO COMPILATO E SOTTOSCRITTO INSIEME ALLA COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' POSSONO ESSERE INOLTRATI ENTRO IL 26/03/2018:

- all'indirizzo mail partecipa@aslroma6.it
- per fax al n. 06/9640080
- Consegnati a mano presso il CAD sito nella Casa della Salute di Rocca Priora, sig.ra Roberta Gatta, al mattino dalle 9,00 alle 13,00, escluso il sabato, tel. 06/93274576