

**Richiesta di partecipazione a corso di
aggiornamento**

Parola chiave: formazione

Rev. 04 Del 25/09/2025

**Alla cortese attenzione
della Direzione Sanitaria
e dell'Amministrazione**

Bra, _____

Oggetto: richiesta di partecipazione a corso d'aggiornamento.

Il sottoscritto _____ in servizio presso l'unità
operativa di _____

c h i e d o

di poter partecipare al Corso d'Aggiornamento dal titolo:

che sarà tenuto in: _____ dal _____ al _____

Con il rimborso:

- ☐ Della/e giornata/e lavorativa/e
- ☐ Delle spese di iscrizione al corso

Per avere il rimborso è obbligatorio consegnare in amministrazione o inviare tramite mail ad amministrazione@ccbra.it il presente modulo, il programma e successivamente l'attestato del corso.

In fede

AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA

firma
