



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Policlinico "Gaetano Martino" - Messina

Area Staff della Direzione Generale
Responsabile della Formazione
Prof. G. Nicocia

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

Luogo e data di nascita matricola n.

Struttura o ufficio di appartenenza

Personale con contratto a tempo indeterminato Personale a tempo determinato

Qualifica Ospedaliera

Indirizzo e-mail

N. telefono N. cellulare

Titolo del Corso

Data e Sede di Svolgimento

Messina ___ / ___ / ___

Firma del Richiedente

**Firma del
Responsabile della Formazione DAI**

Visto del Direttore dell'U.O.C.

N.B: Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti e presentato al Referente della Formazione del proprio DAI.