



## **RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI DI EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE DAL 2016**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
(stampatello)

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Azienda di lavoro \_\_\_\_\_

In servizio presso (U.O.) \_\_\_\_\_  
(stampatello)

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### **E CHIEDE DI PARTECIPARE AL/AI CORSI**

- Corsi EBCP base di 3 giornate al costo di 400 Euro.
- Corsi EBCP Advanced di 3 giornate (Solo per chi ha già svolto corsi di formazione di base) al costo di 500 Euro.

In fede

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_