

Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute
Struttura Regionale di Coordinamento
Centro Regionale Sangue

CATANZARO

Il/La sottoscritto/a nato/a il a.....
residente a in via, in qualità di,
avente rapporto di collaborazione con l'Associazione/Federazione

CHIEDE

di essere iscritto/a al

***CORSO REGIONALE DI FORMAZIONE E ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE
PER LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO ADDETTO ALLE
ATTIVITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI***

Data ___/___/___

cell..... mail.....

Firma