



Al Coordinamento Organizzativo  
**Convegno NURSING RISK MANAGEMENT**  
Barbara Raffaele  
tel. 0651008204  
fax 0651006582

**Oggetto:** Iscrizione Convegno

**“NURSING RISK MANAGEMENT”**

Il sottoscritto .....

U.O./Servizio di appartenenza ..... tel .....

chiede di essere iscritto, previo visto per assenso del Coordinatore e P.O. dell'U.O./Servizio d'appartenenza, al convegno in oggetto che si terrà:

**il 12 NOVEMBRE 2014 dalle ore 8.30 alle ore 18.00**  
**presso l'Aula Rita Levi Montalcini - S. Eugenio Ospedale Nuovo - Piano terra**

**Nota bene:** La presenza al corso di formazione dovrà essere garantita per l'intero orario, considerato servizio a tutti gli effetti, secondo le disposizioni contrattuali.

**La S.V. dovrà trasmettere copia di questo modulo, completo in tutte le sue parti, al coordinamento organizzativo entro l'8 NOVEMBRE 2014, tramite fax al numero 06 51006582.**

Si chiede inoltre di comunicare tempestivamente l'eventuale sopravvenuta impossibilità a partecipare al corso.

-----  
visto e timbro Coordinatore Inf.co

-----  
visto discente per accettazione

-----  
visto e timbro Posizione Org.va