



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



ASSOCIAZIONE ITALIANA  
DONNE MEDICO  
SEZIONE DI LAMEZIA TERME

Al responsabile della formazione

Dott. Annamaria Bruni

[Formazione.tirocini@asp.cz.it](mailto:Formazione.tirocini@asp.cz.it)

### ISCRIZIONE CORSO – dichiarazione

IL/la sottoscritta (nome e cognome) dipendente ASP CZ qualifica \_\_\_\_\_

In servizio presso U.O. \_\_\_\_\_ diretta dal responsabile/direttore

dott. \_\_\_\_\_ sede lavorativa \_\_\_\_\_

Esprime la propria volontà ad iscriversi al corso ECM denominato "GIORNATE DI MEDICINA DI GENERE 2021"

dichiara a tal fine la propria motivazione a divenire moltiplicatore dell'apprendimento nel servizio di appartenenza con il Nulla Osta del responsabile della propria U.O.

Si impegna a rendere noti all'equipè della propria U.O gli apprendimenti acquisiti, sia sul piano culturale che sul piano tecnico professionale, favorendo la discussione e la diffusione dei contenuti che saranno visibili sul sito ASP CZ .

Addì \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

### NULLA OSTA del Responsabile/direttore U.O.

Sulla base della richiesta e valutata la motivazione espressa dalla dipende,

lo scrivente dott. \_\_\_\_\_

responsabile/direttore dell'U.O. \_\_\_\_\_

Autorizza la dipendente alla frequenza del corso a mezzo WEBNAIR e /o presso la sala Giunone della struttura Formazione di via A. Perugini a Lamezia Terme.

Addì \_\_\_\_\_

Firma del resp./dir.

\_\_\_\_\_