

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO Docenti

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il A pr.

Residente a in via/piazza n.

Tel cell mail

Codice fiscale

Docente della scuola

Materia di insegnamento

Recapito telefonico lavoro fax n. mail

CHIEDE

Di essere ammesso al corso dal titolo **La persona ed il contesto: percorsi terapeutici per il benessere delle relazioni in ambito comunitario** – Promozione del benessere organizzativo e soggettivo

Che si terrà presso ASL Frosinone, Sala Teatro , via A. Fabi, Frosinone

Dal giorno 24/03/2015 al giorno 18/12/2015

Firma

.....

N.O. Dirigente Scolastico

Firma e timbro

I dati saranno trattati ai sensi della Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni