



ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

Azienda Ospedaliera

UFFICIO FORMAZIONE E POLO UNIVERSITARIO

Tel. 0372/405186 Fax 0372/405543

e-mail: segreteria.corsilaurea@ospedale.cremona.it

spazio riservato all'Ufficio Archivio e protocollo

Cremona, _____

All'Ufficio Formazione e Polo Universitario
Padiglione n. 4
A. O. "Istituti Ospitalieri" di Cremona
V.le Concordia, 1 - 26100 CREMONA

Oggetto: richiesta di frequenza volontaria o di rinnovo.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in Via _____

recapito/i telefonico/i: _____ e-mail _____

titolo di studio conseguito: _____

oppure, iscritto al corso: _____

presso l'Università/Istituto/Ente _____ a.a/a.s. _____

indicare se dipendente A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona ☐ SI ☐ NO

CHIEDE

di poter:

- ☐ frequentare a scopo formativo
- ☐ rinnovare la frequenza a scopo formativo
- ☐ frequentare per aggiornamento/tecnico scientifico
- ☐ frequentare in qualità di borsista

l'U.O./Servizio di _____ del Presidio Ospedaliero Cremonese (POC)/Presidio Ospedaliero

Oglio Po (POOP), per almeno n. _____ ore settimanali e per un periodo di mesi _____ indicativamente a partire dal _____ al _____.

Firma richiedente

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA UFFICIO FORMAZIONE E POLO UNIVERSITARIO

Il DIRETTORE/RESPONSABILE DELL'U.O./SERVIZIO esprime:

☐ **parere favorevole**

PER IL SITRA INDICARE ANCHE RESP. DI AREA: _____ TEL _____ FAX _____

E-MAIL _____

☐ **parere non favorevole**

INDICARE SE ATTIVARE SORVEGLIANZA MEDICA PER RADIOPROTEZIONE ☐ SI ☐ NO

Firma e Timbro
Direttore/Responsabile U.O./Servizio