

UIL F.P.L.

MODULO DI PRESCRIZIONE AL *Master Universitario di I livello in "FUNZIONI SPECIALISTICHE E GESTIONE DEL COORDINAMENTO NELLE PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE"*

Il sottoscritto chiede la prescrizione al *Master Universitario di I livello in FUNZIONI SPECIALISTICHE E GESTIONE DEL COORDINAMENTO NELLE PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE"*

STRUTTURA UILFPL DI APPARTENENZA:

NOMINATIVO:

INDIRIZZO:

RECAPITI TELEFONICI:

EMAIL:

AZIENDA/ENTE e SEDE OPERATIVA DI DIPENDENZA:

TITOLO DI STUDIO (indicare con precisione):

Luogo _____

Data _____

Firma dell'interessato _____

Il presente modulo, correttamente compilato, deve essere trasmesso quanto prima alla sede OPES di FIRENZE via Fax allo **055 322 6006**
Si raccomanda di fornire sempre l'indirizzo email.