

UIL F.P.L.

MODULO DI PRESCRIZIONE AL
Master Universitario di I livello in
“GESTIONE DEL COORDINAMENTO NELLE PROFESSIONI SANITARIE”

Il sottoscritto chiede la prescrizione al sopra indicato Master Universitario c/o la Università UNISU – Niccolò Cusano di Roma con i benefici esclusivi previsti in favore degli associati alla UIL Federazione Poteri Locali.

A tal fine dichiara quanto segue:

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 _____

<p>Il presente modulo, correttamente compilato, deve essere trasmesso quanto prima alla sede OPES di FIRENZE via Fax allo 055 322 6006</p> <p style="text-align: center;">Si raccomanda di fornire sempre l'indirizzo email.</p>
--