AL COMITATO ZONALE DEGLI

SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI,

VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA’

(BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

c/o ULSS n.8 Berica

[*servizio.convenzioni@aulss8.veneto.it*](mailto:servizio.convenzioni@aulss8.veneto.it)

e, p.c. All’ULLS n. \_\_\_\_\_

All’ULSS n. \_\_\_\_\_

Oggetto: Formazione continua.

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medico specialista ambulatoriale interno / psicologo ambulatoriale incaricato a tempo indeterminato o determinato per la branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso:

* l’ ULSS n.\_\_\_\_\_\_\_ per n.\_\_\_\_\_\_\_ h/sett.:
* l’ ULSS n.\_\_\_\_\_\_\_ per n.\_\_\_\_\_\_\_ h/sett.
* l’ ULSS n.\_\_\_\_\_\_\_ per n.\_\_\_\_\_\_\_ h/sett.
* l’ ULSS n.\_\_\_\_\_\_\_ per n.\_\_\_\_\_\_\_ h/sett.

# CHIEDE

il riconoscimento del seguente corso di aggiornamento professionale, accreditato con ECM, ai sensi dell’art.40 dell’Accordo Collettivo Nazionale per gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che si svolgerà a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto allega alla presente domanda il programma dell’evento formativo.

L’attestato di partecipazione dovrà essere inviato all’U.O.S. Convenzioni dell’ULSS di appartenenza.

Note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. Il riconoscimento di più corsi va richiesto con separate domande.