

**Domanda di ammissione al
Corso interdisciplinare in cure palliative 2026/2027*****Termine ultimo di consegna: 10 settembre 2026
Si accettano solo documentazioni complete***

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ / _____ Cell. _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale _____

dichiara

di svolgere attualmente la professione di _____ presso

Indirizzo _____

Unità operativa /Servizio _____

Tel. _____ E-mail _____

di esercitare la professione da (anni/mesi)

_____ anni _____ mesi
(al 30.06.2026)

la propria motivazione a frequentare il corso

di accettare tutte le condizioni stabilite dal bando.

Allegare

☐ Fotocopia del documento di identità

data

firma