

**AL Responsabile Scientifico**

**Scuola S.I.U.M.B di Base**

**dell’Azienda Ospedaliera di Cosenza**

*Trasmessa mezzo email*

*Da inviare a:* [*scuolasiumbaocosenza@aocs.it*](mailto:scuolasiumbaocosenza@aocs.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con la presente chiede

**CHIEDE**

Di essere iscritto al Corso di Formazione di Base in Ecografia Clinica della Scuola S.I.U.M.B. di Base dell’Azienda Ospedaliera di Cosenza, di cui all’avviso pubblicato sul sito Istituzionale dell’Ente in data 27 gennaio 2025.

A tal proposito, dichiara di accettare con la sottoscrizione della presente, tutte le condizioni previste dall’avviso, nonché dal Regolamento della Scuola S.I.U.M.B. di Base, di cui alla Determinazione dell’A.O. di Cosenza n. 323 del 19/04/2024.

In allegato, trasmette altresì autocertificazione del possesso titoli di ammissione debitamente sottoscritta ed accompagnata da documento di identità del richiedente.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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