

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA FREQUENZA DEL

**CORSO DI FORMAZIONE SULLA BIOSICUREZZA RELATIVO ALLA
PSA (Peste Suina Africana)**

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/FRAZ _____ N° _____

TEL FISSO _____ TEL MOBILE _____

INDIRIZZO E-MAIL (IMPORTANTE !!!!!) _____

**INOLTRA RISPETTOSA ISTANZA AL FINE DI ESSERE AMMESSO
ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SULLA BIOSICUREZZA RELATIVO ALLA PSA
ORGANIZZATO IN COLLABORAZIONE CON L'ASL CN1 e ASL CN2**

Il corso è GRATUITO della durata di 3 ore

Il modulo dovrà comunque pervenire all' ATC CN5 via email entro e non oltre LUNEDI' 9 settembre 2024

DATA /...../.....

FIRMA _____

DATE E ORA CORSO: 12 settembre 2024 ore 8:00