

RICHIESTA CORSI DI INFORMATICA PRESSO CSIAF*da restituire per fax al n. 055/2757265*

UNITA' AMMINISTRATIVA _____ RESPONSABILE _____

COGNOME E NOME	CORSO RICHIESTO	ATTIVITA' DI SERVIZIO PER CUI E' NECESSARIA LA CONOSCENZA INFORMATICA RICHIESTA	DATE DI PROGRAMMAZIONE DEL CORSO PRESSO CSIAF

Firma del Responsabile dell'UNITA' AMMINISTRATIVA / DIRIGENTE
