

Numero e Data Protocollo: \_\_\_\_\_



CSU - Centro Supporto all'Utenza  
Via Thaon De Revel, 18/20 - Palermo  
Tel/FAX: **77777** (int.), **0918437399** (est.)  
E-mail: [csu@regione.sicilia.it](mailto:csu@regione.sicilia.it)

## Modulo di richiesta iscrizione ad un corsoSETT: Sistema Informativo per la Gestione dei Titoli di Spesa

Il modulo deve essere inviato via FAX o via E-MAIL al CSU

Dati identificativi del Referente Autorizzato (o del Dirigente)					
Cognome e Nome*		E-Mail*		Tel./Cell.*	
Qualifica*		Codice Fiscale*			

Dati relativi utenti da iscrivere			
Cognome e Nome*	E-Mail*	Codice Fiscale*	Username*

Corsi per i quali si richiede l'iscrizione (Mettere un segno di spunta sui corsi per i quali si desidera l'iscrizione)	
Area Formativa "Amministrazione" <input type="checkbox"/>	Area Formativa "Ragioneria" <input type="checkbox"/>
Area Formativa "Servizio Vigilanza" <input type="checkbox"/>	Area Formativa "Funzionari Delegati" <input type="checkbox"/>
Area Formativa "Corte dei Conti" <input type="checkbox"/>	Area Formativa "Reportistica Avanzata e Cruscotto Direzionale" <input type="checkbox"/>
Area Formativa "Servizio Tesoro" <input type="checkbox"/>	

**Timbro e firma del Referente Autorizzato o del Dirigente**

\_\_\_\_\_