

DELEGAZIONE PONTIFICIA DELLA SANTA CASA DI LORETO

DIPARTIMENTO SANITARIO

Il sottoscritto/a

Nato a _____ il _____

Professione _____

Specializzazione _____ Codice

Fiscale _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ e-mail _____

Iscritto presso l'Ordine Professionale della Provincia di _____ n° _____

Libero Professionista SI NO

Dipendente SI NO

Certificato BLS-D SI NO

Certificato ALS-D SI NO

CHIEDE

Di essere ammesso al Corpo Sanitario Volontari della Santa Casa.

Allega:

1. Curriculum Vitae
2. Documento di riconoscimento in corso di validità
3. Due foto formato tessera

Autorizzo il trattamento dei dati sensibili ai sensi della legge 196/03.

.....
Firma

Per informazioni contattare:

dipartimentosanitario@delegazione loreto.it

All'atto dell'ammissione è prevista una minima quota di adesione.