



Comitato CRI di appartenenza: Prov:

Indirizzo sede: Via/Piazza N°: Cap:

Tel.Sede: Fax Sede:

Email sede:

IL VOLONTARIO:

Nato a: Prov: il

Tel Cell: Altro numero:

Email personale:

Altre comunicazioni:

Qualifiche e specializzazioni:

Operatore TSSA

Infermiere Volontarie Corpo Militare

Altro (specificare):

Patente cat. 5

Pat. MOD 138/05 (barrare):

1	2	3	4	5	5b	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desidero partecipare: dal giorno: al giorno:

Orario presunto di Arrivo Mezzo CRI Targa Mezzo Proprio Targa

Treno Aereo Altro

Dichiaro di aver letto le informazioni scritte nelle pagine illustrative e di accettarle.

Aver richiesto l'estensione in ingresso presso il Comitato di Bagni di Lucca sul portale gaia.cri.it

Luogo e Data

Firma del Volontario

Visto e si accetta

Il Presidente del comitato di appartenenza

(timbro e firma)

(da inviare Via Fax allo 0583 - 867798 o tramite email: bagnidilucca.salute@toscana.cri.it)