



Modulo di iscrizione al 3° Corso Regionale di formazione per Operatore Ricerca e Soccorso Base S.M.T.S.

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Indirizzo:	
Luogo di residenza:	C.A.P.:
Tel. abitazione:	
Tel. lavoro:	
Tel. cellulare:	
E-mail:	
Professione:	
Titoli studio:	
Codice Fiscale:	
Comitato appartenenza:	

AUTORIZZAZIONE DEL COMITATO DI APPARTENENZA

Si autorizza il Volontario/Dipendente: _____

a partecipare a: 3° Corso Regionale di formazione per Operatore Ricerca e Soccorso Base
S.M.T.S., approvato con Provvedimento del Presidente del Comitato Regionale CRI della
Lombardia n. 330 del 18/09/2018.

Il Presidente

(firma del candidato)