

e-mail: segreteria@centrifederalitennis.it

**Alla Spcoetà Sportiva Dilettantistica
del gruppo FIT "Mario Belardinelli"
Fax 063202963**

Il / La Sottoscritta Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

residente in Via _____ N. _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ n° tel. _____

Cellulare _____ E-mail _____

Cittadinanza _____ Stato Civile _____ - _____

Codice Fiscale _____

Dichiara di essere disponibile nella stagione estiva 2008 ad effettuare prestazioni sanitarie occasionali di lavoro autonomo presso i Centri Estivi FIT e preferibilmente nelle seguenti località e periodi (barrare i Centri e periodi in cui si è disponibili):

dal al	15/6 28/6	29/6 12/7	13/7 26/7	27/7 9/8	10/8 23/8
Pievepelago (MO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castel di Sangro (AQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brallo (PV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serramazzone (MO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sestola (MO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tremosine (BS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SEGNALAZIONI

- Laurea in medicina conseguita nell'anno _____
- Iscrizione all'albo dei Medici di _____ dal _____
- Corsi di specializzazione _____
- Ha già effettuato prestazioni sanitarie occasionali di lavoro autonomo presso un nostro Centro ? _____
Quale? _____ In che anno? _____
- Altre indicazioni utili _____

Data _____

Firma _____

Foto
recente