

**MODULO ISCRIZIONE**  
Corso di Formazione  
**VOLONTARI PER UN OSPEDALE UMANIZZATO**

NOME.....

COGNOME.....

ETA'.....

TITOLO DI STUDIO.....

PROFESSIONE.....

INDIRIZZO.....

TEL/CELL.....

E-MAIL.....

DISPONIBILITA' TEMPO

Giorno .....

Orario dalle ..... alle.....

DISPONIBILE A FREQUENTARE FORMAZIONE SPECIALISTICA IN

.....

COMPETENZE PARTICOLARI.....

PRECEDENTI ESPERIENZE DI VOLONTARIATO.....

TIROCINIO PRESSO.....

data.....

FIRMA.....

FOTO FORMATO TESSERA

COPIA DOCUMENTO IDENTITA'