

Al Direttore del Corso Medical Care

A.O.R.N. "Antonio Cardarelli"

Dott.ssa Filippina ONOFARO

Tel./Fax n. 0817473433-2037-2158-3526

Domanda di ammissione al Corso refresh Medical Care.

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Tel. _____ cell. _____

Matr. N. _____ Compartimento _____

CHIEDE

Di partecipare al corso Refresh Medical Care che si terrà presso il Centro di Formazione Aziendale Ospedaliero A. Cardarelli , Via A. Cardarelli 9 , 80131 – Napoli dal _____ .

Firma _____

Data _____

Spazio riservato alla Capitaneria di Porto di appartenenza del marittimo

Si attesta che il marittimo è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente (di cui DM 16/06/2016 su G.U n. 195 del 22/08/2016) ai fini della partecipazione al corso di Refresh Medical Care per il personale della Marina Mercantile Italiana.

Timbro della Capitaneria di porto

Firma e Timbro dell'ufficiale addetto

.....

Data

