

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 Medical Care.

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Tel. _____ cell. _____

Matr. N. _____ Compartimento _____

CHIEDE

Di partecipare al corso 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 TRASMETTE

Data

Firma e Timbro