

Al Direttore del Corso First Aid

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

Dott.ssa Filippina ONOFARO

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

Domanda di ammissione al Corso First Aid.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Matr. N. \_\_\_\_\_ Compartimento \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di partecipare al corso First Aid 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