

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 refresh First Aid.

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

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

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

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

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

CHIEDE

Di partecipare al corso Refresh 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 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 First Aid per il personale della Marina Mercantile Italiana.

Timbro della Capitaneria di porto

Firma e Timbro dell'ufficiale addetto

.....

Data .....