

MODULO DA CONSEGNARE ALLA CAPITANERIA DI PORTO DI COMPETENZA

DA INVIARE POI A SEGRETERIA CORSI FAX 0584430534

MAIL: info@croceverdeviareggiosrl.it

Al Direttore del Corso di Formazione
Dott. Andrea Nicolini
Azienda USL Toscana Nord Ovest

Oggetto: Iscrizione al Corso di Formazione

MEDICAL CARE

FIRST AID

AGGIORNAMENTO MEDICAL CARE

AGGIORNAMENTO FIRST AID

_ l_ sottoscritt _____

Nat__ a _____ il _____

Iscritt__ nel registro della gente di mare alla matricola n. _____

Presso la Capitaneria del Porto di _____

Chiede

Di essere ammess__ Al Corso di Formazione

MEDICAL CARE

FIRST AID

AGGIORNAMENTO MEDICAL CARE

AGGIORNAMENTO FIRST AID

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

via _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

C.F. _____ Qualifica: _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____ cellulare _____

Primo Rilascio certificato o Rinnovo _____ Indirizzo e -mail _____

Data _____ Firma _____

SI PREGA DI COMPILARE TUTTI I CAMPI

Spazio riservato per la verifica del possesso dei requisiti da parte della Capitaneria di Porto

Si attesta che _ l_ Sig. _____ è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente ai fini della partecipazione ai Corsi di formazione ed aggiornamento sanitario per il personale della Marina Mercantile e del Diporto di cui al D.M. 16 giugno 2016

data _____

Timbro /Firma della Capitaneria di Porto