



# ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI DI FAMIGLIA

## VOLONTARI PER LE EMERGENZE

### DOMANDA ADESIONE -SCHEDA DATI

NOME..... COGNOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

INDIRIZZO(via,cap.,città).....

CODICE FISCALE (allegare fotocopia).....

TITOLO DI STUDIO .....SPECIALIZZAZIONE.....

RECAPITI TELEFONICI..... FAX.....

DOCUMENTO RICONOSCIMENTO (allegare fotocopia).....

#### LINGUE CONOSCIUTE:

Inglese	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> scolastico	<input type="checkbox"/> sufficiente
Francese	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> scolastico	<input type="checkbox"/> sufficiente
Tedesco	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> scolastico	<input type="checkbox"/> sufficiente
Altre.....	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> scolastico	<input type="checkbox"/> sufficiente

#### DISPONIBILITA':

H24  POMERIGGIO  SERA  TURNI  FESTIVI  NON DEFINITO  
 ALTRO.....

#### TEMPO DI ATTIVAZIONE:

INFERIORE 2H  2-5 ORE  5-12 ORE  12 – 24 ORE  > 24 H

GRUPPO SANGUIGNO .....

VACCINAZIONI .....

Il sottoscritto chiede di entrare a far parte della associazione ONLUS MEDICI DI FAMIGLIA VOLONTARI PER LE EMERGENZE, al fine di poter prestare la propri attività di volontariato e si impegna a rispettare le finalità e le norme dell'associazione medesima.

*Autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.*

Luogo e data ..... in fede.....

Allegare n. 2 fototessera ,  
fotocopia documento  
riconoscimento e codice  
fiscale

Parte riservata alla sede regionale.....

Note.....

v. il coordinatore regionale.....