



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 STUDIOSPECIALIZZAZIONE.....

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.....