

S.S.D. Mario Belardinelli s.r.l.
Stadio Olimpico C. Nord ingr. 42
00194 Roma

e-mail: centriestivi@federtennis.it - fax 0636854270

Il/ La Sottoscritto/a Cognome _____ Nome_____

Nato a _____il _____ residente in Via _____ N.___

CAP_____ Città _____ Prov._____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

C. Fiscale _____ Cittadinanza _____ Stato Civile _____

Dichiara di essere disponibile nella stagione estiva 2009 ad effettuare prestazioni sanitarie occasionali di lavoro autonomo presso i Centri Estivi FIT e preferibilmente nelle seguenti località e periodi (barrare i Centri e periodi in cui si è disponibili):

dal al	**14/06 27/06**	**28/06 11/07**	**12/07 25/07**	**26/07 8/08**	**9/08 22/08**
Pievepelago (MO)	☐	☐	☐	☐	☐
Serramazzoni (MO)	☐	☐	☐	☐	☐
Sestola (MO)	☐	☐	☐	☐	
Brallo (PV)	☐	☐	☐	☐	
Sestola (MO)	☐	☐	☐	☐	
Tremosine (BS)	☐	☐	☐		
Caprese Michelangelo (AR)		☐	☐		

SEGNALAZIONI

- Laurea in medicina conseguita nell'anno _____
- Inscrizione all'albo dei Medici di _____ dal _____
- Corsi di specializzazione _____
- Ha già effettuato prestazioni sanitarie occasionali di lavoro autonomo presso un nostro Centro ? ____
  Quale? _____
  In che anno? _____
- Altre indicazioni utili _____
  _____
  _____

Data _____ Firma _____