

Spett.le Azienda USL ROMA H
Unità Operativa Formazione
B.go Garibaldi, 12
00041 ALBANO LAZIALE

Fax 06 93273919

OGGETTO: Iscrizione al corso di Assistenza Medica - Medical Care - per il personale della Marina Mercantile e del Diporto di cui al D.L. 7 agosto 1982 – D.M. 25 agosto 1997 – DPR n. 324 del 9.5.2001 e D.M. Ministero Infrastrutture e Trasporti 10.5.2005, n. 121.

__ 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 Assistenza Medica per il personale della Marina Mercantile e del Diporto.

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

via _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____

C.F. _____

Recapiti telefonici :

Abitazione _____ cellulare _____ fax _____

Indirizzo e-mail _____.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato per la verifica sul 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 al Corso di Assistenza Medica per il personale della Marina Mercantile e del Diporto di cui al D.L. 7 agosto 1982 – D.M. 25 agosto 1997 – DPR n. 324 del 9.5.2001 e D.M. Ministero Infrastrutture e Trasporti 10.5.2005, n. 121.

Data _____

Timbro/Firma della Capitaneria di Porto
