



CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato Regione Campania

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____
PROVINCIA _____ VIA _____ N. _____
CAP _____ TEL. _____ CODICE FISCALE _____
EMAIL _____

CHIEDE

Di partecipare al corso per Operatore Psicosociale II livello

A tal fine dichiara di possedere i seguenti requisiti:

1. Di essere socio attivo della Croce Rossa Italiana
2. Non essere soggetto, nel periodo, di svolgimento del corso, di provvedimento disciplinare sospensivo
3. Di far parte del Comitato di _____
4. Aver superato il Corso base "I Care" presso il Comitato di _____ in data __/__/____

Dichiara inoltre di aver preso visione dei criteri di ammissione e del programma del Corso.

Data, _____

Firma

Firma Presidente Comitato