



CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato Napoli Area II

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

PROVINCIA _____ VIA _____

N. _____ CAP _____ TEL. _____

CODICE FISCALE _____ EMAIL _____

CHIEDE

Di partecipare al corso " I CARE" del giorno 8 ottobre 2016 presso il Comitato di Napoli, per la seguente motivazione:

Data, _____

Firma