



Modulo 2

Croce Rossa Italiana
COMITATO DI NAPOLI

Campo "Argos 2018"

Napoli 1 Novembre – 4 Novembre 2018

DOMANDA PARTECIPAZIONE CORSO I CARE

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

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 presso il Comitato di _____
in data __/__/____
5. di aver preso visione della scheda informativa del corso, della dispensa corsisti e materiale utile.

Dichiara inoltre di aver preso visione dei criteri di ammissione e del programma del Corso.
Allega curriculum e foto formato tessera.

Data, _____

Firma
