



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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serramazzoni (MO)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestola (MO)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brallo (PV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sestola (MO)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tremosine (BS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caprese Michelangelo (AR)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SEGNALAZIONI

- Laurea in medicina conseguita nell'anno _____
- Iscrizione 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 _____