



S.S.D. Mario Belardinelli s.r.l.
Stadio Olimpico C. Nord ingr. 42
00135 Roma (RM)

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 2012 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):

DA DOMENICA A SABATO	10/06/2012 23/06/2012	24/06/2012 07/07/2012	08/07/2012 21/07/2012	22/07/2012 04/08/2012
SERRAMAZZONI (MO)	<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"/>
CASTEL DI SANGRO (AQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPRESE MICHELANGELO (AR)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TONEZZA SUL CIMONE (VI)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DA DOMENICA A SABATO	17/06/2012 30/06/2012	01/07/2012 14/07/2012	15/07/2012 28/07/2012	29/07/2012 11/08/2012
BRALLO (PV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERRASINI (PA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOTTINGHAM (GB)		<input type="checkbox"/>		

- 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 _____