



Operatore Sala operativa Regionale Misericordie



Cognome Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Cellulare: _____

Telefono Abitazione: _____ Telefono Lavoro: _____

E-Mail: _____

Tempo di attivazione o preavviso: _____

Disponibilità di permanenza: _____

Necessiti di Art.9? SI NO

Hai già svolto lavoro di sala operativa o segreteria? SI NO

Se si cosa? _____

Altre specializzazioni e professioni: _____

Misericordia: _____

Telefono Sede: _____ Fax Sede: _____

E-Mail Sede: _____

NULLA OSTA GOVERNATORE

Il sottoscritto _____

Governatore della Misericordia di _____

DICHIARA CHE NULLA OSTA affiche il su detto Confratello partecipi alle attività della Segreteria Mobile CMRT e Sala Operativa Regionale di codesta Conferenza Regionale.

Li, _____ / ____ / _____

In Fede
(Timbro e Firma)