



Iscrizione al corso di formazione di base per volontari AVO

anno _____

Alla segreteria di AVO Correggio ODV

Il/la sottoscritto/a

COGNOME*	NOME*		
luogo di nascita*	data di nascita*		
codice fiscale*			
residente nel comune di*	provincia*	CAP*	
via/viale/piazza*			civico*
<i>(se indirizzo di domicilio diverso da quello di residenza)*</i>			
domiciliato nel comune di	provincia	CAP	
via/viale/piazza			civico
cittadinanza*			
recapiti telefonici*:			
tel. fisso	cell.		
indirizzo e-mail			
professione	titolo di studio		

**dati obbligatori*

consapevole che ai sensi dell'art. 6 dello Statuto e degli artt. 2 e 3 del Regolamento dell'Associazione:

- la partecipazione al corso di formazione di base è obbligatoria per essere ammesso/a come tirocinante nelle strutture in cui opera AVO Correggio ODV, inoltre è gratuita e non vincolante al servizio;
- per l'ammissione in AVO Correggio ODV è necessaria la frequenza alla maggior parte delle lezioni, anche cumulabili con quelle di altri corsi, comunque organizzati da AVO federate;
- la cumulabilità delle lezioni è ammissibile fino ad un massimo di due anni antecedenti la richiesta di iscrizione all'Associazione;
- per essere ammesso/a come tirocinante nelle strutture in cui opera AVO Correggio ODV è necessario sostenere al termine del corso un colloquio per la verifica di idoneità dell'interessato/a;

SI ISCRIVE

al corso di formazione di base per volontari ospedalieri organizzato dall'Associazione Volontari Ospedalieri Correggio ODV in programma dal ____ / ____ /20____ al ____ / ____ /20____.

Correggio, il ____ / ____ /20____

Firma _____

NOTE A CURA DELLA SEGRETERIA DELL'ASSOCIAZIONE
