



SCHEDA ISCRIZIONE CORSO HACCP

Cagliari - Sabato 17 giugno 2017 ore 8:00/13:00

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Volontario CRI Vol. Corpo Militare CRI Infermiera Volontaria CRI

Comitato C.R.I. di appartenenza _____

Tel _____ Cellulare _____

e mail _____

CHIEDE

di poter frequentare il corso in oggetto

DICHIARA

- di essere socio attivo o dipendente della CRI, compresi gli ausiliari delle FF.AA. che hanno superato la formazione di base d'accesso, oppure prestare attività lavorativa presso la CRI;
- di non essere oggetto, nel periodo di svolgimento del percorso formativo, di provvedimento disciplinare definitivo di carattere sospensivo;
- **di essere in possesso della qualifica OPEM in corso di validità;**
- di impegnarsi, qualora qualificato, a svolgere la prevista attività.

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 11 della L. 675/96, presta il consenso affinché i propri dati personali vengano conservati presso l'Associazione della Croce Rossa Italiana. L'utilizzo degli stessi dovrà avvenire esclusivamente per finalità istituzionali.

Cagliari li, _____

Il richiedente
