Figline Valdarno, lì _____

Sig. Governatore della Misericordia

Figline Valdarno

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere iscritto/a all'Arciconfraternita di Misericordia di Figline Valdarno.

DICHIARA

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____

TELEFONO: _____

PROFESSIONE: _____

CATTOLICO E BATTEZZATO: SI .. NO ..

VA = VOLONTARIO ATTIVO ..
VG = VOLONTARIO AGGREGATO ..

PATENTE DI GUIDA: CATEGORIA _____ CONSEGUITA IL _____

TITOLI PROFESSIONALI ATTINENTI LA SANITA': _____

ATTESTATO SOCCORRITORE: LIVELLO BASE ..

LIVELLO AVANZATO ..

DISPONIBILITA' PER:

SERVIZIO DI AUTISTA ..
SERVIZIO DI BARELLIERE ..
SERVIZI DI SPECIALIZZAZIONE ..
SERVIZI DIURNI ..
SERVIZI NOTTURNI ..
SERVIZI DIURNI E NOTTURNI ..
ATTIVITA' SPORTIVA (GRUPPO SPORTIVO) ..
ATTIVITA' DI SPETTACOLO E CULTURA ..
SERVIZI SOCIALI ..
AMBULATORIO INFERMIERISTICO ..

ALTRE ATTIVITA' (specificare): _____

_____
(FIRMA)