



**Azienda Ospedaliero- Universitaria di Salerno
San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona**

UOSD Formazione
Al Direttore del corso
Via San Leonardo
Largo Città di Ippocrate
84131 SALERNO

SCHEMA DI ISCRIZIONE CORSO MARITTIMI MEDICAL CARE- FIRST AID

- Corso MEDICAL CARE che si terrà dal _____ al _____ quota iscrizione € 500,00
- Corso MEDICAL CARE Refresh che si terrà dal _____ al _____ quota iscrizione € 300,00
- Corso FIRST AID che si terrà dal _____ al _____ quota iscrizione € 280,00
- Corso FIRST AID Refresh che si terrà dal _____ al _____ quota iscrizione € 180,00

Dati Personali

Matricola N _____ Compartimento _____ Qualifica _____

O

Passaporto N. _____ Questura di _____ rilasciato in data _____

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Provincia _____ Il _____

CF _____

Residenza Via _____ -n _____ CAP _____

Città _____ Provincia (_____) Tel _____

Mail _____

Documento Riconoscimento _____ N Documento _____

Rilasciato da _____ Il _____ Scadenza _____

DATI AMMINISTRATIVI

Regione Sociale _____ Indirizzo _____ Cap _____

Città _____ Prov(_____) P.IVA _____ CF _____

Pec _____

la scheda compilata in ogni sua parte va inoltrata via mail a: segreteria@centronauticosalerno.it

Spazio riservato alla Capitaneria di Porto di appartenenza del marittimo

Si attesta che il marittimo _____ è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente
(di cui DM 16/06/2016 su G.U. n 195 del 22/08/2016) ai fini della partecipazione al corso _____
per il personale della Marina Mercantile Italiana e sostenere il relativo esame finale.

Timbro della Capitaneria di Porto

Timbro e firma dell'Ufficiale Addetto

_____ Data _____



ALLEGARE AL PRESENTE MODULO:

- 1. COPIA DELLA PRIMA PAGINA DEL LIBRETTO DI NAVIGAZIONE**
- 2. COPIA ULTIMO IMBARCO**
- 3. COPIA CERTIFICATO FINE MALATTIA NEL CASO IN CUI SI SIA SBARCATI PER MALATTIA**
- 4. COPIA LICENZA TIMBRATA DALLA CAPITANERIA DI PORTO IN CASO DI MARITTIMO IMBARCATO**
- 5. CERTIFICATO VISITA BIENNALE IN CORSO DI VALIDITA'**
- 6. CERTIFICATO IN SCADENZA FRONTE/RETRO DEL CORSO IN SCADENZA**
- 7. CARTA IDENTITA' FRONTE/RETRO**
- 8. COPIA BONIFICO PAGAMENTO CORSO DA EFFETTUARE SUL C/C BANCARIO N. IT 64 W 083 7876 3420 0000 0348250 INTESTATO A CENTRO NAUTICO SALERNO SRLS INDICANDO I DATI DEL CORSISTA, IL CORSO DA EFFETTUARE E LA DATA DI PRENOTAZIONE**

SI PRECISA CHE LA DOCUMENTAZIONE VA INVIATA SCANNERIZZATA IN FORMATO PDF. (NON SARANNO ACCETTATI ALTRI FORMATI JPG,PNG,FOTO SCATTATE CON CELLULARI)

LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SARA' ESAMINATA DALL'AZIENDA E SUCCESIVMANTE COMUNICATO SE POSSIBILE ACCEDERE AI CORSI.