



**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

**SCHEDA 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](mailto: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 _____ Data _____	Timbro e firma dell’Ufficiale Addetto _____



**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 40 U 083 7876 3400 0000 0348250 INTESTATO A CENTRO NAUTICO SALERNO SRLS INDICANDO I DATI DEL CORSISTA, IL CORSO DA EFFETTUARE E LA DATA DI PRENOTAZIONE**

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