



**Firme di presenza alle lezioni  
del corso base di formazione per volontari ospedalieri**  
anno \_\_\_\_\_

**DATI GENERALI DELL'ISCRITTO**

COGNOME*	NOME*
recapito telefonico*	

\*dati obbligatori

**FIRME DI PRESENZA DELL'ISCRITTO**

Numero lezione	Data	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**DISPONIBILITÀ PER COLLOQUIO DI FINE CORSO** (indicare almeno due preferenze)

Giorno settimanale (da lunedì a sabato)	Fascia oraria

**NOTE INFORMATIVE**

1. Al colloquio che si terrà a conclusione del corso verranno verificate le attitudini al servizio e accederanno unicamente gli aspiranti tirocinanti.
2. La data, la sede e l'ora del colloquio verranno comunicati dall'Associazione alla conclusione del corso.
3. Il giorno del colloquio portare una fototessera a colori per il cartellino di riconoscimento.

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA DELL'ASSOCIAZIONE**

N° totale delle presenze sul n° delle lezioni previste dal corso di formazione \_\_\_\_/\_\_\_\_.

Preso visione delle preferenze dell'interessato, il colloquio a conclusione del corso di formazione di base si terrà il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Membri commissione \_\_\_\_\_