

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il sottoscritto Confratello della Misericordia di.....

cognome:.....

nome:.....

nato a:il:.....

Titolo Professionale:.....

Esperienze in campo sanitario:.....

.....

.....

Attività svolte a favore degli Associati:.....

.....

.....

MI DICHIARO DISPONIBILE A RICOPRIRE L'INCARICO DI

Consulente Sanitario Nazionale

(art. 43 del vigente Statuto della Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia)

Firma

Data

.....

Allegato Curriculum Vitae