

PALERMO, / /

OGGETTO: Manifestazione di interesse

Il/la Sottoscritto/a
nato/a aProv.....il
Residente in C.A.P.
Via/P.zza Telefono/Cellulare.....
Codice Fiscale

manifesto

il mio interesse per potere eseguire corso di formazione presso una delle Associazioni Donatori Volontari Sangue dell'A.O.O.R. "Villa Sofia – V. Cervello", propedeutico alla mia possibilità di poter attivare una collaborazione libero-professionale con una delle Associazioni Donatori Sangue di Palermo.

FIRMA
