 *ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERI - ROMA - ONLUS*

*SCHEDA D’ ISCRIZIONE*

*Corso di formazione per il volontariato ospedaliero*

*COMPILARE LA SCHEDA IN MODO* ***COMPLETO E IN STAMPATELLO***

**Cognome** (1) ………..…………………….. **Nome………..………………………..**

(1) indicare il nome da **nubile**

**Nata/o il………..……………… a………….………………….………….. Prov. ……………**

**Stato civile…………………………………….. Nazionalità……………………………**

**Indirizzo…………………………………………………………………….. N.°.……………….**

**Città…….………………………………….. Cap……..…………. Prov.……………………….**

**Tel. fisso……………………….……………….. Cellulare…………………………………….**

**E-mail…………………………………………………………………………………………………………**

**Attività lavorativa……………………………………..……………………………………………………**

**Titolo di studio………………………………………………………………………………………………**

**Come hai conosciuto l’A.V.O. …………..……………………………………………………………….**

**Precedenti esperienze di volontariato………………………………………………………………….**

**Altre notizie utili…………………………………………………………………………………………….**

………………………………………………………………………………………………………………….

**Doc. di riconoscimento………….. N°……………..……… Rilasciato da………………………. Il……………….……….**

**Data……………..………… Firma………………………………….**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*Ricevuta l’informativa sulla utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del*

*D.Lg. 30,06,2003 n°196 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il proseguimento degli scopi statutari.*

*Data ………….…………. si* *acconsento*

*Telefono 339-3747885*

*web* [*www.avoroma.it*](http://www.avoroma.it) *E – mail* [*info@avoroma.it*](mailto:info@avoroma.it)*.*

*. Iscrizione Registro Regionale Volontari n° 50/95 del 11/01/1995 C.F. 97101990584*