



Unione Sportiva ACLI
Ente di Promozione Sportiva
Riconosciuta dal CONI art. 31
D.P.R. 530 del 2-8-1974



info 347 6651210



CONI



coordinatoreaccli@gmail.com

Allegato 7- Modulo

ACCETTAZIONE INCARICO

MEDICO DI GARA
(Rimborso Forfettario)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (___) il ___/___/___

e residente a _____ alla via _____

tel. _____, email _____ in qualità di medico

laureato abilitato con tessera N° _____

ACCETTA

L'incarico per la prestazione di servizio occasionale di

MEDICO DI GARA

con RIMBORSO FORFETTARIO DI EURO ____,__

IN OCCASIONE DELLA MANIFESTAZIONE DENOMINATA _____

_____ ORGANIZZATA DALLA A.S.D. _____

_____ CON SEDE IN _____ (___)

ALLA VIA _____

Interventi eseguiti durante la gara _____

_____.

Nulla da segnalare.

Luogo _____ Data ___/___/___

Il Medico di Gara
