



coordinatoreaccli@gmail.com

info 347 6651210

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
