



coordinatoreacli@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
