

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
VIA GIUSTINIANI, 2  
35128 PADOVA

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
chiede di essere ammesso/a alla procedura di selezione ai fini dell'individuazione di n. 3 Istruttori per la realizzazione del Progetto BLS-D del CLMCU in Medicina e Chirurgia, sede di Treviso.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- 1) di essersi iscritto al CLMCU in Medicina e Chirurgia, sede di Treviso, nell'A.A. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_;
- 2) di essere attualmente iscritto al \_\_\_\_\_ anno di corso;
- 3) di essere in possesso di (*compilare uno dei seguenti campi*):
  - a) Attestato di Istruttore BLS-D conseguito presso la Regione Veneto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - b) Autorizzazione Regionale all'impiego del DAE conseguita nell'A.A. \_\_\_\_\_ attraverso la partecipazione al corso BLS-D del CLMCU in Medicina e Chirurgia, n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono n.° \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Allega:

- Attestato di Istruttore BLS-D conseguito presso la Regione Veneto;
- Autorizzazione Regionale all'impiego del DAE conseguita nell'A.A. \_\_\_\_\_ attraverso la partecipazione al corso BLS-D del CLMCU in Medicina e Chirurgia;
- Curriculum vitae datato e firmato;

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_