**MODULO DI CERTIFICAZIONE FREQUENZA**

**ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

**IN AMBITO SANITARIO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Presidente dell’Associazione\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attesta che lo studente (Cognome, Nome, Matricola) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno del CdLM in Medicina e Chirurgia ha svolto attività di volontariato in modo

continuativo presso la suddetta Associazione dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore,

occupandosi di (elencare brevemente le attività svolte):

Firma e timbro del Presidente

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Luogo, il ……………………………*

\*o chi in sua vece

**Da inviare all’indirizzo** **presidenzamedicina@unict.it** **e** **laurea.medicina.ct@gmail.com** **in formato .pdf con oggetto: Volontariato laureando Cognome Nome**