

**ELENCO DEGLI ASSOCIATI CHE PRESTERANNO ATTIVITA' DI
VOLONTARIATO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA**

Il sottoscritto _____, in qualità di Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione _____, dichiara che presteranno attività di volontariato, presso l'Azienda Ospedaliera di Verona, le seguenti persone:

N.	Cognome	Nome	Indirizzo	Tel.	Ruolo (*)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

(*) Presidente, Segretario, Tesoriere, Responsabile, Volontario ecc.

Firma _____

Data _____

**Eventuali variazioni dei dati sopra riportati dovranno essere comunicate con tempestività all'Ufficio
Relazioni con il Pubblico. Tel. 045.8072178 – 045.8074848**