

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

ESITO ACCERTAMENTI SANITARI

Il sottoscritto _____
(Cognome e nome)

Qualifica professionale _____

Iscritto all'albo dei _____ n° _____

Appartenente al Comitato CRI di _____

Dopo aver valutato gli esiti degli esami clinici previsti ed aver sottoposto l'aspirante ad accurata visita medica giudica

L'operatore N.B.C.R.: _____ CF _____

**FISICAMENTE IDONEO A PRESTARE SERVIZIO NEL
GRUPPO OPERATIVO DI SUPPORTO TATTICO (G.O.S.T.)**

Se ne suggerisce inoltre l'impiego nel

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Ruolo OPERATIVO</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ruolo di SUPPORTO TECNICO</i> |

(Luogo)

(Data)

Il medico

(firma e timbro)