ALLEGATO 3A
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

LAVORATORE (nome alunno) _____ sesso M ☐ F ☐

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

Domicilio (Comune e Prov.) _____

Via _____ Tel. _____

Medico curante Dott. _____

Via _____Tel. _____

Datore di lavoro E.N.D.O. – F.A.P

Attività dell'Azienda pubblica o privata CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE "DON L. ORIONE"

Data di assunzione ANNO SCOLASTICO 2025/2026

Sede/i di lavoro VIA IV NOVEMBRE, 47 – 61032 FANO(PU)

PSTF005006 - codiceAOO - CIRCOLARI - 0000046 - 23/10/2025 - CIRCOLARE - I