

**MODULO ISCRIZIONE CORSO BLSD E RETRAINING BLSD**

Dati del partecipante:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
N. tessera UISP 2019-2020 \_\_\_\_\_

A.S.D. o Gruppo di appartenenza \_\_\_\_\_

Dipendente/Collaboratore/istruttore/operatore **(barrare voce che non interessa)**

Presidente/Socio **(barrare voce che non interessa)**

Luogo e indirizzo di svolgimento attività (palestra/luogo/piscina) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

CORSO BLSD

RETRAINING BLSD **(allegare copia attestato precedente)**

COPIA BONIFICO DI PAGAMENTO CORSO

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. n. 196/2003, la informano che i dati personali liberamente comunicatici, compilando il presente modulo di richiesta, saranno utilizzati soltanto per finalità connesse al corso.

**Modulo da inviare via e-mail all'indirizzo: [bergamo@uisp.it](mailto:bergamo@uisp.it)**