

MODULO ISCRIZIONE CORSO BLSD

Dati del partecipante:

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita _____ C.F. _____
Via _____ N. _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ e-mail _____ - _____
N. tessera UISP _____

Associazione o Gruppo di appartenenza _____

Dipendente/Collaboratore (barrare voce che non interessa)

Presidente/Socio (barrare voce che non interessa)

Data _____ firma _____

CORSO BLSD (barrare voce che non interessa)

RETRAINING BLSD (barrare voce che non interessa)

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.

Data _____ firma _____

Modulo da inviare via e-mail all'indirizzo: bergamo@uisp.it