

### 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](mailto:bergamo@uisp.it)**