

RICHIESTA ISCRIZIONE

CORSO BLSD

Il sottoscritto /a _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ N° _____

Professione _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

Associazione di appartenenza _____

Incarico _____

- Tessera UISP Sì
 Tessera UISP No

CHIEDE

- L'iscrizione al corso BLSD per la data del **24.06.2017** dalle ore 08.30 – 13.30
 L'iscrizione al corso BLSD per la data del **01.07.2017** dalle ore 08.30 – 13.30

Data _____

Firma _____

P.S. Compilare e spedire a cagliari@uisp.it