

**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 27-04-2018 dalle ore 14;30 – 19;30

Data _____

Firma _____