

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO BLS D

Il sottoscritto /a _____ NATO/A a: _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____ N° _____

COD. FISCALE _____ Professione _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

Associazione di appartenenza _____

Codice Fiscale ASD _____ Incarico _____

TESSERA UISP N. _____

Non essendo tesserato richiede l'emissione della tessera.

CHIEDE

L'iscrizione al Corso BLS D che si svolgerà in data*:

05 dicembre 2020¹ dalle ore 08.30 – 13.30

12 dicembre 2020¹ dalle ore 08.30 – 13.30

e versa contestualmente la QUOTA DI ISCRIZIONE di € 55,00, tramite bonifico bancario sul c/c presso INTESA SANPAOLO, intestato a UISP Comitato Territoriale di Cagliari, coordinate: **IT57 T030 6909 6061 0000 0015 524**, specificando la causale “**Corso BLS D dicembre 2020**”.

Data _____

Firma _____

¹ NOTA: per ogni data possono essere ammessi max 20 partecipanti