

**RICHIESTA ISCRIZIONE
CORSO BLS D**

Il sottoscritto /a _____

Nato/a a: _____ **Prov.** _____ **il** _____

Residente a _____ **CAP** _____ **Via** _____ **N°** _____

Professione _____

Tel. _____ **indirizzo mail** _____

Associazione di appartenenza _____

Incarico _____

o Tessera UISP N° _____

o Tessera UISP No – richiede tessera

CHIEDE

L'iscrizione al corso BLS D per la data del: (contrassegnare con una x)

19-09-2019 dalle ore 15:00 – 20:00;

21-09-2019 dalle ore 08:30 – 13:30

QUOTA di partecipazione riservata ai soci UISP € 60,00.

Data _____

Firma _____