

**RICHIESTA ISCRIZIONE
CORSO UDB + BLSL**

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 BLSL 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.

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

27-09-2019 dalle ore 16:00 – 20:00 e il 28-09-2019 dalle ore 9:00 alle ore 18;

QUOTA di partecipazione riservata ai soci UISP € 20,00.

Data _____

Firma _____