

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO BLSD

Il sottoscritto /a _____ Nato/a a: _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____ N° _____

COD. FISCALE _____ Professione _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

Associazione di appartenenza _____

Incarico _____

TESSERA UISP N. _____

Non essendo tesserato richiede l'emissione della tessera.

CHIEDE

L'iscrizione al Corso BLSD che si svolgerà in data **02 ottobre 2020** dalle ore **15.00 – 20.00** 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 "**1^ Corso BLSD 2020**".

Data _____

Firma _____