

## 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 \_\_\_\_\_

Incarico \_\_\_\_\_

TESSERA UISP N. \_\_\_\_\_

Non essendo tesserato richiede l'emissione della tessera.

### CHIEDE

L'iscrizione al Corso BLS D che si svolgerà in data **20 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 "**3^ Corso BLS D 2020**".

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_