

**RICHIESTA ISCRIZIONE
CORSO BLSD**

Il sottoscritto /a _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

–

Via _____ N° _____

Professione _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

Associazione di appartenenza _____

Incarico _____

- Tessera UISP Sì
 Tessera UISP No

CHIEDE

- L'iscrizione al corso BLSD per la data del **20.02.2016** dalle ore 08.30 – 13.30
 L'iscrizione al corso BLSD per la data del **21.02.2016** dalle ore 08.30 – 13.30

Data _____

Firma _____