

**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 \_\_\_\_\_