

**FORMAZIONE OPERATORE BLS-D ADULTO E PEDIATRICO
PER TECNICI E DIRIGENTI UISP**

Scheda d'iscrizione

COGNOME E NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. (____)

TEL.CELL. _____ E-MAIL _____

NATO A _____ PROV. (____) IL ___/___/____

CODICE FISCALE _____

TESSERA UISP "D" (emessa per la stagione 2019-2020) N° _____

ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA

RUOLO RICOPERTO ALL'INTERNO DELL'ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA

PROGRAMMAZIONE **DOMENICA 13 OTTOBRE 2019** (barrare con una X la propria scelta):

FORMAZIONE ore 9.00-14.00 € 45,00

PROGRAMMAZIONE **SABATO 26 OTTOBRE 2019**:

FORMAZIONE ore 9.00-14.00 € 45,00

RE-TRAINING ore 15.00-18.00 € 20,00

PROGRAMMAZIONE **DOMENICA 27 OTTOBRE 2019**:

RE-TRAINING ore 9.00-12.00 € 20,00

RE-TRAINING ore 13.00-16.00 € 20,00

Tutti gli appuntamenti si terranno presso il Centro di Formazione Regionale UISP, piazza Campetto 7/4 – Genova (si raccomanda la massima puntualità).

N.B. la SCHEDA D'ISCRIZIONE deve pervenire – **ENTRO E NON OLTRE mercoledì 9 ottobre 2019** - via mail all'indirizzo genova@uisp.it, allegando ricevuta di avvenuto pagamento della quota di iscrizione da effettuarsi a mezzo bonifico bancario intestato a UISP Comitato Territoriale Genova APS (BANCA INTESA SAN PAOLO SPA – Iban IT74M 030 6909 6061 0000 0015 878) con causale "Iscrizione Corso BLS-D del ___/___/___ Cognome... e Nome...".

Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (D.Lgs. 196/2003) – presta all'UISP e all'ANPAS il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità istituzionali strettamente connesse al Corso in oggetto e al successivo rilascio della specifica autorizzazione all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE)

Luogo e data _____ **Firma** _____

Firma del presidente associazione/società sportiva d'appartenenza _____