

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE BLS-D NON SANITARIO
E CORSO DI FORMAZIONE DI RETRAINING

Il/La sottoscritto/a

Cognome..... Nome

nato/a a il..... Prov.di

codice fiscale.....

residente in via/piazza.....n.....

città..... CAP..... Prov.....

Numero tessera Uisp.....emessa il.....

Cell.....e-mail.....

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al corso:

- BLS-D non sanitario (50,00 € per i soci uisp – 60,00 € per i non soci)
- RETRAINING (30,00 € per i soci uisp – 40,00 € per i non soci)

BARRARE LA CASELLA DEL CORSO INTERESSATO

che si svolgerà presso il Polo Didattico dell'ASL sito in via Miglietta, 5 a Lecce e di versare la quota di partecipazione presso la sede Uisp in via Venezia,2 Lecce.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Uisp sul trattamento dei dati personali al presente link: www.uisp.it/nazionale/pagina/informativa-resa-a-tesserati-ed-associazioni.

Data.....

Firma Leggibile