

CORSO DI FORMAZIONE OPERATORE BLS-D ADULTO E PEDIATRICO

Scheda d'iscrizione

COGNOME E NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. (____)

TEL.CELL. _____ E-MAIL _____

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

CODICE FISCALE _____

TESSERA UISP (emessa per la stagione 2015-2016) N° _____

ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA

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

PROGRAMMAZIONE CORSI FEBBRAIO 2016 (barrare con una X la data scelta):

- 13 Marzo 2016 ore 14.00 -19.00
 17 Aprile 2016 ore 14.00 -19.00

Il corso, della durata di 5 ore, si terrà presso la sede del Comitato Territoriale Uisp Como, via Anzani, 9 – Como (si raccomanda la massima puntualità).

N.B. contattare preventivamente la Sede UISP Como per verificare l'effettiva disponibilità dei posti.

La SCHEDA D'ISCRIZIONE dovrà poi pervenire - **ENTRO E NON OLTRE I 5GIORNI PRECEDENTI LA DATA DEL CORSO SCELTO** - via mail alla casella como@uisp.it o via fax al n.031241507, allegando ricevuta di avvenuto pagamento della quota di iscrizione di € 35,00 da effettuarsi a mezzo bonifico bancario intestato a UISP Comitato Territoriale di Como (BANCA PROSSIMA - Iban

Con causale "Iscrizione Corso BLS-D del ___/___/___ Cognome e Nome...".

L'iscrizione sarà accettata nel limite max di 5 partecipanti per corso.

Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (D.Lgs. 196/2003) – presta all'UISP e 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 _____