

## DOMANDA AMMISSIONE

### Corso di Formazione CORSO BLSD - PBLSD

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_ Nato /a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

ASD/SSD di appartenenza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tessera UISP N°: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati** \_\_\_\_\_

**dichiara inoltre di dare alla Uisp il proprio consenso ai sensi dell'art. 11 della legg e 675/96 a che i dati che lo riguardano (indirizzo e data di nascita) siano oggetto del trattamento elencato nella lettera d) art. 1 della legge citata.**

### CHIEDE

**l'iscrizione al corso che si svolgerà dal: 5 APRILE 2024 –IN PRESENZA** presso la sede UISP in Viale Trieste, 69 Cagliari, dalle ore 15.00 alle 19.00.

**Le iscrizioni devono essere presentate alla segreteria UISP del Comitato di Cagliari o inviate via e-mail a [formazione@uispcagliari.it](mailto:formazione@uispcagliari.it)**

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 60,00.(eventuale tesseramento € 7,50)**

Pagamento tramite bonifico bancario sul c/c presso INTESA SANPAOLO, intestato a **Comitato Territoriale Cagliari APS**, coordinate: IT57 T030 6909 60 61 0000 0015 524, specificando la causale "**Corso BLSD – PBLSD APRILE 2024**".

**Il pagamento deve essere effettuato prima dell'inizio dei corsi.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_