

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: 15 NOVEMBRE 2023 –IN PRESENZA_ presso la sede UISP in Viale Trieste, 69 Cagliari.

Le iscrizioni devono essere presentate alla segreteria UISP del Comitato di Cagliari o inviate via e-mail a formazione@uispcagliari.it

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 50,00.(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 NOVEMBRE 2023"**.

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

Data _____

Firma _____