

**RICHIESTA ISCRIZIONE  
CORSO BLSD**

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Associazione di appartenenza \_\_\_\_\_

Incarico \_\_\_\_\_

Tessera UISP N° \_\_\_\_\_

Tessera UISP No – richiede tessera

**CHIEDE**

L'iscrizione al corso BLSD per la data del 21-12-2018 dalle ore 14;30 – 19;30

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_