

**DOMANDA AMMISSIONE**

Corso di Formazione  
*UNITA' DIDATTICHE DI BASE*  
*BLSD*

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 \_\_\_\_\_.

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

dichiara inoltre di dare alla Uisp il proprio consenso ai sensi dell'art. 11 della legge 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.

**ISCRIZIONE**

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

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

Corso UDB + BLSD: € 70,00

Corso BLSD: € 55,00

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_