

DOMANDA DI ☐ ISCRIZIONE CORSO _____
☐ RINNOVO CORSO _____

Tessera UISP

n° _____

All'UISP COMITATO TERRITORIALE IBLEI APS, Via U. GIORDANO n. 57, Cap 97100 Città RAGUSA (Prov. RG), C.F./P.I. 01630140885

Il/la sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a a il

residente a prov. cap.

in via/piazza n° tel.

e-mail C.F.

CHIEDE DI ESSERE ISCRITT__ AL CORSO BLS-D CHE SI TERRA' IL 18.04.2026 PRESSO I LOCALI DELLA SEDE DEL COMITATO UISP IBLEI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto, pertanto, il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi della legge sulla privacy.

_____, __/__/____

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono/che ritraggono il minore che rappresento nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

_____, __/__/____

FIRMA

FIRMA