

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PER L'USO DEL
DEFIBRILLATORE **BLSD-A****

L SOTTOSCRITT_

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ A _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV _____

TEL. _____ CELL. _____

C.F. _____

EMAIL _____

ASSOCIAZIONE DI APPARTENENZA _____

TITOLO DI STUDIO _____

CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO DI PRIMO SOCCORSO

PER IL PAGAMENTO:

- ALLEGA LA SOMMA DI **€ 60,00** (SESSANTA) QUALE QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO, COME DA RICEVUTA DEL C/C BANCARIO **IBAN IT 88 0 03359 01600 100000015983**
- BREVI MANO AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELL'ISCRIZIONE

DA PRESENTARE O INOLTARE TRAMITE EMAIL ENTRO IL 15-OTTOBRE-2017

DATA

FIRMA
