

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\_\_\_\_\_

CITTÀ' \_\_\_\_\_ 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 O 03359 01600 100000015983**
- BREVI MANO AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELL'ISCRIZIONE

DA PRESENTARE O INOLTRARE TRAMITE EMAIL ENTRO IL 15 OTTOBRE 2017

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_