Modulo d’iscrizione al Corso di formazione BLS-D

(Basic Life Support and Defibrillation)

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO, DATA NASCITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_ C.FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(via/piazza/corso) (n. civico)

CITTÀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASD/SSD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° TESSERA UISP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(società sportiva di appartenenza,se socio individuale scriverlo ) (numero tessera anno sportivo in corso)

 PROFESSIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Contributo associativo partecipazione corso € 45,00

#  Bonificare sul conto corrente:

**UISP Comitato Territoriale Zona Flegrea APS**

# IBAN IT85W0306909606100000015527

**Causale: Iscrizione corso BLSD + Nome e Cognome del partecipante**

**Allegare al presente modulo copia bonifico bancario emesso**