

Al Comune di Leverano

Settore Servizi Sociali

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE CORSO B. L. S. - D . Basic Life Support Defibrillation

Il/la sottoscritto/a _____

nat ____ a _____ (____) il ____ / ____ / _____,

residente a _____ (____), in Via

_____ N° ____ , e-mail _____,

Tel. (cell.) ____ / _____, titolo di studio _____

professione _____, _____,

socio dell'Associazione _____ con sede in Leverano

alla via _____

P.Iva/C.F. _____

CHIEDE DI

essere ammesso al **CORSO B.L.S.-D. - BASIC LIFE SUPPORT- DEFIBRILLATION** indetto dal Comune di Leverano, a titolo gratuito.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 a fini organizzativi e didattici.

Leverano, _____

L'INTERESSATO/A
