

CORSO DI FORMAZIONE ESECUTORE BLS-D ADULTO E PEDIATRICO PER TESSERATI UISP

Scheda d'iscrizione

COGNOME E NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. (____)

TEL.CELL. _____ E-MAIL _____

NATO A _____ PROV. (____) IL ____/____/____

CODICE FISCALE _____

TESSERA UISP N° _____

ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA

RUOLO SVOLTO ALL'INTERNO DELL'ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA

PROGRAMMAZIONE CORSO SETTEMBRE 2017:

mercoledì 6 Settembre ore 18.00-23.00

Il corso, della durata di 5 ore, si terrà presso la sede del Comitato Territoriale UISP di Arezzo, Via Catenaia 12 – Arezzo (si raccomanda la massima puntualità e di portarsi cena al sacco).

N.B. la SCHEDA D'ISCRIZIONE deve pervenire – ENTRO E NON OLTRE **6 GIORNI PRIMA** DELLA DATA DEL CORSO SCELTO - via mail alla casella arezzo@uisp.it o via fax al n. 0575/28157, allegando ricevuta di avvenuto pagamento della quota di iscrizione di € 32,00 da effettuarsi al momento della stessa, in contanti presso la sede del Comitato o a mezzo bonifico bancario intestato a UISP Comitato Territoriale di Arezzo (BANCA ETRURIA – IBAN IT73 K053 9014 1220 0000 0091 796) con causale "Iscrizione Corso BLS-D del __/__/____ Cognome... e Nome...". L'iscrizione sarà accettata nel limite minimo di 6 e massimo di 12 partecipanti per corso (le iscrizioni eventualmente eccedenti saranno spostate, previo accordo, ad altra data utile).

Il sottoscritto – ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (D.Lgs. 196/2003) – presta all'UISP e all'ANPAS il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità istituzionali strettamente connesse al Corso in oggetto e al successivo rilascio della specifica autorizzazione all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE).

Luogo e data _____ **Firma** _____