



Corso B.L.S.D

Basic Life Support Defibrillation



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PARTECIPAZIONE CORSO BLSD

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____ Nat_ a _____

Residente in _____ Via _____ o Lavora in _____

Cell. _____ (OBBLIGATORIO) EMAIL.....(OBBLIGATORIO).

DICHIARA

Di voler partecipare ad un corso BLSD da organizzarsi nel Comune di San Valentino in Abruzzo Citeriore

I CORSI SI TERRANNO IL SABATO MATTINA 8,30/14.00 CON DATE ANCORA DA DEFINIRE

PER MOTIVI ORGANIZZATIVI I CORSI SONO RISERVATI IN VIA PRIORITARIA A CHI E' RESIDENTE NEL COMUNE DI

SAN VALENTINO E/O A CHI VI LAVORA

ai sensi degli articoli 47 e 48 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 in caso di dichiara eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e sotto la propria responsabilità

SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE LI _____

FIRMA
