



Corso B.L.S.D

Basic Life Support Defibrillation



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PARTECIPAZIONE CORSO BLS D

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 BLS D 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

IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO E CONSEGNATO A MANO PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO

O INVIATO A INFO@COMUNE.SANVALENTINO.PE.IT

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

I dati personali qui forniti, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, sono trattati esclusivamente per il fine in oggetto, che il titolare del trattamento dei dati forniti è il Comune di San Valentino in A.C.

SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE LI _____

FIRMA
