C.A.T. CONFCOMMERCIO LECCE S.r.l.
Centro di Assistenza Tecnica

Autorizzato dalla Regione Puglia con DGR 436 del 10/03/2011
Ente di Formazione Accreditato con D.D. Regione Puglia n.1250 del 19/12/2014

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO PER

BLS-D
ADULTO BAMBINO E PEDIATRICO

(DATI DEL CORSISTA) Cognome e Nome:_____

Codice Fiscale:_____

Partita iva_____

Data e Luogo di Nascita: _____

Residenza:_____ CAP_____ Via : _____

In possesso del titolo di studio di _____

Telefono: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

Mail_____

Con la sottoscrizione della presente, si impegna a versare la quota di partecipazione al suindicato corso pari a €. 80,00 IVA inclusa, entro e non oltre la fine del corso.

Allega i seguenti documenti:

1) fotocopia documento di riconoscimento;
2) fotocopia codice fiscale.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 – art. 13 sulla tutela dei dati personali, autorizzo con la presente la trattazione dei miei dati.

Data _____

Firma _____