**MODULO DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………., nato a ………………………………………………………

Il ………………………………. residente a……………………………………………………………………. in via………………………………

………………………………………………………………..n°…….. tel …………………………. Cell …………………………………………………

e mail ………………………………………………………………………………………………….., in qualità di legale rappresentante

dell’associazione …………………………………………………………………………………………………………………………………………..,

 CHIEDE

di poter partecipare al corso BLS-D PER L’UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMI- AUTOMATICO per le seguenti persone:

Sig .…………………………………………………………………………………………………….;

Sig.. …………………………………………………………………………………………………….;

Sig. ……………………………………………………………………………………………………..,

Sig. ………………………………………………………………………………………………………

All’atto dell’adesione s’impegna alla partecipazione al corso e al versamento di € ……………………………, quale contributo per lo stesso. Firma

 ---------------------------------------------

N.B. : Per ulteriori informazioni potrete rivolgerVI al Sig. ……………………………………………………………………… , cell. ………………………………………………………, tel …………………….. , e mail ……………………………………………………….