

**MODULO DI ISCRIZIONE**

SCRIVERE A STAMPATELLO

COGNOME.....NOME.....

INDIRIZZO.....

CAP..... CITTA'..... PR.....

TELEFONO.....EMAIL.....

QUALIFICA.....

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

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

AZIENDA OSPEDALIERA DI APPARTENENZA.....

UNITA' OPERATIVA DI APPARTENENZA.....

**BARRARE IL CORSO SCELTO**

- ALS-ERC**
- PALS**
- PTC - Advanced**
- ILS**
- BLSD - Sanitari**
- PBLS - Sanitari**
- PTC - Base**
- BLSD - Laici**
- PBLS - Laici**
- EPLS**
- Retraining BLSD**
- Istruttore**

.....  
(SPECIFICARE IL CORSO CHE NON E' IN ELENCO)

segnalare la data del corso...../...../201.....

DATA...../...../201.....

FIRMA.....

INVIARE IL PRESENTE MODULO **COMPLETO IN OGNI SUA PARTE**  
ED **ESTREMI DEL BONIFICO DI PAGAMENTO** TRAMITE FAX 095.2936929

**NON VENGONO ACCETTATI MODULI INCOMPLETI**

**PER LA CONFERMA DELL'ESECUZIONE DEL CORSO CONSULTARE IL SITO**