



Croce Rossa Italiana
Comitato di
Castelnuovo Don Bosco
e Piovà Massaia OdV

DOMANDA DI ISCRIZIONE ai CORSI DI PRIMO SOCCORSO

Compilare i campi del modulo in STAMPATELLO

Da inviare via fax n. **011.9876590** od e-mail: castelnuovodonbosco@cri.it

DATI RELATIVI ALL'ALLIEVO

.....
cognome e nome

.....
Nato/a (città e Provincia)

.....
Data di nascita

.....
Residenza (città e Provincia)

.....
via

.....
n. civico

.....
cap

.....
telefono fisso

.....
fax

.....
e-mail @

.....
Telefono cellulare

.....
Codice Fiscale

TIPOLOGIA DI CORSO: (selezionare la voce interessata)

- Corso di “Primo Soccorso e Prevenzioni Infortuni” per la Popolazione (nr. 12 ore);
- Corso “Esecutore B.L.S.D.” - Basic Life Support and Defibrillation – Abilitazione DAE
- Rianimazione Cardiopolmonare di Base e Defibrillazione – validità 2 anni (nr. 4 ore).
- Corso “aggiornamento Esecutore BLSD – retarinig DAE” – validità 2 anni (nr. 1 ora)
- Corso “Esecutore Manovre Salvavita Pediatriche” (nr. 02 ore);

La quota di iscrizione comprende: corso, materiale didattico, attestato e servizi vari come previsti dal programma del corso allegato.

Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto.

.....
luogo e data - firma dell'allievo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL GDPR UE 679/16

Autorizzo ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna, per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione. L'informativa relativa al trattamento dei dati dei partecipanti ai Corsi sono consultabili presso gli Istruttori.

.....
luogo e data - firma dell'allievo