



COMUNE DI ZEDDIANI

PROVINCIA DI ORISTANO

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____, residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

CODICE FISCALE _____

MAIL _____

chiede di poter partecipare al corso di:

- BLS-D Basic Life Support and Defibrillation (primo soccorso, rianimazione e defibrillazione)
- P-BLS-D Pediatric Basic Life Support and Defibrillation (primo soccorso, rianimazione e defibrillazione in età pediatrica)
- Disostruzione

il corso sarà tenuto da CROCE ROSSA ITALIANA – Comitato di Oristano in data 4 maggio 2024, è previsto il rilascio di certificazione.

Quota di partecipazione € 50,00 interamente versata in data _____

Data _____

firma _____

Per ricevuta

