



# 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

\_\_\_\_\_

