



Da inviare via mail segreteriacorsioss@gmail.com
unitamente alla copia del bonifico

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

CORSO ESECUTORI BASIC LIFE SUPPORT D ADVANCED data sede
COGNOME
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO
CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.
PROFESSIONE
E-MAIL
Quota di iscrizione € 60,00 da versare tramite bonifico bancario intestato CENTRO FORMAZIONE SANITARIA SICILIA IT05D0521604609000009022896 Indicando nella causale: Cognome e Nome – Corso esecutore BLSD. L'ordine cronologico di arrivo delle schede di iscrizione costituisce criterio di selezione
AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL PRECEDENTE D.LGS. 196/03 AL SOLO SCOPO ORGANIZZATIVO E PROMOZIONALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA. IN QUALSIASI MOMENTO POTRO' CHIEDERE LA CANCELLAZIONE, VARIAZIONE E VISIONE DEI MIEI DATI

DATA _____ FIRMA _____