



COMITATO XI ZONA EMILIA ROMAGNA

MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO BLSD

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____
_____ qualifica (istruttore, allievo istruttore, tecnico ecc.)

Tessera fiv n. _____, cod. fisc. _____

Tel. _____ email _____

affiliato XI Zona Fiv – Emilia Romagna, presso il Circolo/Club

chiedo

di essere iscritto al corso BLSD – Adulto e pediatrico, che si svolgerà a:

_____ il giorno _____

Indicare se si deve effettuare:

intero corso

retraining

Autorizzo infine il trattamento dei miei dati personali e di quelli particolari eventualmente necessari allo svolgimento del predetto corso, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di avere preso visione dell’informativa pubblicata sul sito www.federvela.it

Data _____

Firma _____

Allegare la copia di un documento di identità in corso di validità.

