



## 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](http://www.federvela.it)**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

