

## CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

TESSERATO PER LA ASD/SSD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DI PARTECIPAZIONE 24 MAGGIO 2024

Si allega: copia del bonifico

Inviare la scheda: [serviziocivile@aicslucca.it](mailto:serviziocivile@aicslucca.it)

DATA

FIRMA