

## CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

DATE DI PARTECIPAZIONE: (barrare la data prescelta)

9 febbraio 2019

16 febbraio 2019

23 febbraio 2019

Si allega: copia del bonifico

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

DATA