



Corso BLS-D PAD

Scheda raccolta dati Partecipante

(le voci con * sono obbligatorie per tutti - ** obbligatorie solo per corsi IRC e Primo soccorso)

Ente / Azienda / Ass.													
Codice ATECO**													
Formaz/Profess* *	<input type="checkbox"/> Soccorritore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Medico _____ <input type="checkbox"/> Laico <input type="checkbox"/> Altro _____												
Cognome *													
Nome *													
Nato/a a *											il *		
Codice Fiscale *													
Residente a *											Prov *		
Via *													
Cap *													
Telefono/Cellulare *													
E-mail *	@												

Io sottoscritto/a acquisite le informazioni del D.lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e presa visione dell'informativa della Società Cooperativa Sociale "ETRUSCO", acconsento al trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento.

....., lì

IL RICHIEDENTE

.....