**COMUNE DI PATTADA**

**Provincia di Sassari**

**CORSO DI FORMAZIONE BLS-D (laico) adulto e pediatrico abilitante all'uso del defibrillatore**

Modulo di iscrizione al corso 2023

All’Ufficio Segreteria

[protocollo.pattada@pec.comunas.it](mailto:protocollo.pattada@pec.comunas.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in qualità di:

* Membro dell’Associazione Locale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dipendente del Comune di Pattada
* Personale scolastico Plesso di Pattada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Esercente/dipendente dell’attività commerciale locale di servizio al pubblico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Membro della formazione locale di pubblico interesse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Privato cittadino residente nel comune di Pattada

**CHIEDE**

**Di essere iscritto/a al corso di formazione BLS-D (laico) adulto e pediatrico abilitante all’uso del defibrillatore.**

**Luogo e data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**Il seguente modulo dovrà essere inoltrato all’indirizzo [protocollo.pattada@pec.comunas.it](mailto:protocollo.pattada@pec.comunas.it), oppure presentato a mano all’Ufficio Protocollo del Comune di Pattada negli orari di apertura al pubblico).