

AL RESPONSABILE UFFICIO AFFARI
SOCIALI

OGGETTO: DOMANDA CORSO DI FORMAZIONE NON SANITARIO BLS-D BASIC
LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (OVVERO LE MANOVRE DI PRIMO SOCCORSO
CON L'IMPIEGO DEL DEFIBRILLATORE)

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a
_____ il _____, avendo preso
conoscenza dell'avviso riguardante un primo corso di formazione BLS-D (BASIC LIFE
SUPPORT DEFIBRILLATION) circa l'uso del defibrillatore

CHIEDE

di frequentare il corso di formazione BLS-D per l'uso del defibrillatore al termine del
quale verrà rilasciato il relativo attestato di partecipazione;

DICHIARA

di voler ricevere le comunicazioni a mezzo

tel. _____ e-mail _____ pec _____

Distinti saluti.

San Giacomo degli Schiavoni,
