

## CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

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

DATA DI PARTECIPAZIONE:

26 MARZO 2021     []

Si allega: copia del bonifico

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

DATA

FIRMA