|  |
| --- |
| **CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE** |
| COGNOME |
| NOME \_ |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |
| TELEFONO |
| EMAIL |
| TESSERATO PER LA ASD/SSD |
| DATA DI PARTECIPAZIONE: |
| 25 GIUGNO 2021 | [] |
| Si allega: copia del bonifico |
| inviare la scheda a: serviziocivile@aicslucca.it |
| DATA FIRMA |  |