|  |  |
| --- | --- |
| **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](mailto:serviziocivile@aicslucca.it) | |
| DATA FIRMA |  |