

CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

TELEFONO

EMAIL

TESSERATO PER LA ASD/SSD

DATA DI PARTECIPAZIONE:

1 OTTOBRE 2021 []

Si allega: copia del bonifico

inviare la scheda a: serviziocivile@aicslucca.it

DATA

FIRMA