

CORSO OPERATORE BLSD - ISCRIZIONE

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

TESSERATO PER LA ASD/SSD _____

DATA DI PARTECIPAZIONE: _____

26 GENNAIO 2024 []

Si allega: copia del bonifico

Inviare la scheda: serviziocivile@aicslucca.it

DATA

FIRMA