**CORSO SULL’UTILIZZO DEI DEFIBRILLATORI**

**MODULO DI ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Corso a cui intendo partecipare\*** |  |
| **Cognome\*** |  |
| **Nome\*** |  |
| **Codice fiscale\*** |  |
| **Società di appartenenza\*** |  |
| **Luogo e data di nascita\*** |  |
| **Indirizzo\*** |  |
| **Località e CAP\*** |  |
| **Telefono\*** |  |
| **E-mail\*** |  |
| **Qualifica lavorativa** |  |
| **Numero tessera CSI** |  |

**I campi indicati con asterisco (\*) sono obbligatori.**

**Inviare il modulo debitamente compilato all’indirizzo mail** [**eventi@csicomo.it**](mailto:eventi@csicomo.it)