



Community di Formazione

# ADDETTO PRIMO SOCCORSO



Istituto Cenide

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| COGNOME E NOME   | _____                 |
| LUOGO DI NASCITA | _____ PROVINCIA _____ |
| DATA DI NASCITA  | _____                 |
| CODICE FISCALE   | _____                 |
| TITOLO DI STUDIO | _____                 |
| PROFESSIONE      | _____                 |
| TELEFONO FISSO   | _____ CELL. _____     |
| INDIRIZZO EMAIL  | _____                 |

**Chiede di essere iscritto al corso per:**

“ADDETTO PRIMO SOCCORSO ”

Ore 12

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Aderisce a titolo gratuito alla Associazione “Istituto CENIDE”, il cui statuto è consultabile all'indirizzo:

[www.istitutocenide.it](http://www.istitutocenide.it)

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente, la seguente documentazione:

- Fotocopia (fronte e retro) documento di identità e codice fiscale
- Fotocopia bonifico intestato a:

**Istituto CENIDE**

**Via Salvo D'Acquisto, 3 – 89018 Villa San Giovanni (Rc)**

**C/C N.3091 IBAN: IT18F031118162000000003091**

**Causale: Contributo attività formative Corso per Addetto Primo Soccorso Cod. F/2017**