

## RICHIESTA ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE

(si prega scrivere in stampatello)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

alla via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare al corso "PRIMO SOCCORSO" previsto per i giorni 3-10-17 Marzo 2019 a Trani presso la sede dell'A.P.S. "Gruppo Formatori Schoolbat" in Via Nicola Alianelli, 20 (nei pressi di piazza Indipendenza)

luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Per la partecipazione al corso dovrà essere versato un contributo di €10,00 entro il 24 Febbraio tramite:

- Bollettino postale ccp n°001030916165 (portare copia)
- Bonifico, iban: IT47V0760104000001030916165 (portare copia)

*intestato a A.P.S. GRUPPO FORMATORI SCHOOLBAT*

*Causale: contributo per evento del (data)*

- Presso la sede

Sarà rilasciata regolare ricevuta di avvenuto pagamento

\_\_\_\_\_  
(spazio riservato alla segreteria)

Pagamento ricevuto a mezzo ( ) Bonifico, ( ) Bollettino, ( ) Contante

Emessa ricevuta n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_