

Al Sig. Sindaco
del Comune di
LASCARI

**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL
PRIMO SOCCORSO BLSD**

*Cognome _____
*Nome _____
*Data e luogo di nascita _____
*Codice Fiscale _____
*Residente in via/piazza _____ n° _____
*Cap _____ *Comune o località _____ *Prov. _____
*cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al corso di aggiornamento sul primo soccorso BLSD, che si terrà in data
_____ presso l'aula consiliare del Comune di Lascari.

Allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità;

Data _____

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati D.Lgs. 196/03, Regolamento U.E. 679/2016 e normativa italiana.

I ___/L ___ richiedente preso atto dell'informativa fornita ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i. e del
Regolamento U.E. 697/2016;

- Presa visione dell'informativa pubblicata sul sito www.comune.lascari.pa.it al Link privacy:

Acconsente

Non acconsente

al trattamento dei dati comuni e sensibili riportati sulla presente istanza, da parte del titolare del
trattamento: COMUNE DI LASCARI

Data _____

Firma _____