

Al Sig. Sindaco
del Comune di
LASCARI

**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO SULLE MANOVRE DI
RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E SULL'UTILIZZO DEL
DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO ESTERNO**

*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 sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno, 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;
- eventuale certificazione attestante la presenza di titoli preferenziali

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 _____