



Modulo di **ISCRIZIONE** al Corso per un totale di **9 CREDITI ECM**  
*rivolto a tutte le professioni sanitarie*

## **BLSD ADULTO E PEDIATRICO PER OPERATORI SANITARI**

**venerdì 27 ottobre 2023**

**orario: 8:30 - 19:00**

**SEDE CORSO: HOTEL PROMENADE - MONTESILVANO (PE)**

DATI ANAGRAFICI	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Nato a	Prov. ( ___ ) - il ___ / ___ / ___
Residente a	CAP _____ - Prov. ( ___ )
Via	
Telefono/Fax	Cellulare
E-mail <small>puoi scrivere anche tutto maiuscolo</small> <b>MA IN STAMPATELLO</b>	
PROFESSIONE	
DISCIPLINA	
N° iscrizione albo/collegio	

iscritto FIALS € 10,00

NON iscritto € 50,00

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all'art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente al trattamento dei dati personali all'unico scopo della gestione amministrativa e organizzativa di erogazione di attività formative così come previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Autorizzo

Non autorizzo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Una volta compilato il Modulo di Iscrizione inviarlo tramite mail a [fialspescara@libero.it](mailto:fialspescara@libero.it)  
**oppure** contatta il tuo delegato sindacale