



COMUNE DI FERNO

Provincia di Varese

Area socio-culturale

Domanda di iscrizione
CORSO DI ABILITAZIONE ALL'USO DEL DEFIBRILLATORE
SEMIAUTOMATICO ESTERNO
(durata 5 ore)

Sala Consiliare di Ferno, Via Roma n. 51

Il Sottoscritto _____
nato il _____ a _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Via _____
Recapito telefonico _____
Indirizzo mail personale _____
Professione _____
Sede dell'attività lavorativa _____

chiede di poter partecipare al corso in oggetto.

Ferno, _____

firma

La domanda dovrà essere consegnata all'Ufficio Socio-Culturale del Comune di Ferno, negli orari di apertura al pubblico, **entro il termine inderogabile del 27 dicembre p.v.**