



Al Signor Sindaco
del Comune di Capitignano

Domanda di iscrizione al Corso per l'utilizzo del defibrillatore

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
recapito telefonico _____
e-mail _____
C.F. _____

CHIEDE

di partecipare al Corso per l'utilizzo del defibrillatore promosso dal Comune di Capitignano.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- Essere residente nel Comune di _____;
- Età non inferiore ad anni 18;
- Idoneità psico-fisica in relazione alle caratteristiche dell'attività o del servizio da svolgersi.

Firma _____

In ottemperanza al D. Lgs 196/2003 l'Amministrazione comunale garantisce la riservatezza nel trattamento dei dati forniti.

Il/La sottoscritto/a esprime ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003 il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali e sensibili ai fini istituzionali.

- Allegare copia di documento d'identità -

Capitignano, lì _____

Firma _____