



# Corsi di formazione BLS con accreditamento ECM per operatori sanitari

## Scheda Iscrizione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a il \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto al Corso **BLS per operatori sanitari a Siena** nella seguente data:

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 13 Febbraio | <input type="radio"/> 10 Settembre |
| <input type="radio"/> 12 Marzo    | <input type="radio"/> 24 Settembre |
| <input type="radio"/> 16 Aprile   | <input type="radio"/> 15 Ottobre   |
| <input type="radio"/> 14 Maggio   | <input type="radio"/> 12 Novembre  |
| <input type="radio"/> 11 Giugno   | <input type="radio"/> 10 Dicembre  |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Quota Iscrizione di € 122,00 (Iva Compresa)

Pagamento: Bonifico bancario presso Monte dei Paschi di Siena - Filiale Poggibonsi Loc. Salceto Intestato a:  
Executive Planning Srl - **IBAN IT 20 A 01030 71940 00002209244**

**La domanda di iscrizione con allegata copia del versamento deve essere inviata via e-mail a:  
[info@executiveplanning.it](mailto:info@executiveplanning.it)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30.06.2003 N.196, Le forniamo le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti verranno utilizzati dalla Società Executive Planning Srl per l'iscrizione al corso e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza.
- Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale o informatizzato.
- I dati obbligatori sono contrassegnati da asterisco; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione dell'iscrizione.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti dal D.Lgs. n.196/03

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_