



Gruppo Infermieri Volontari Assistenza Rapida onlus

Piazza Pellegrino 1, San Daniele del Friuli (UD)

motosoccorso@givar.it / tel. 349 19 56 405

Domanda di partecipazione al corso di PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ CAP _____

CITTA' _____ CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

MAIL _____

CHIEDE l'iscrizione al corso di primo soccorso pediatrico teorico e pratico articolato in due incontri di 4 ore cadauno il sabato mattina dalle 9.00 alle 13.00 al costo complessivo di 30€, da inviare **unitamente alla fotocopia del bonifico bancario** all'indirizzo **e-mail motosoccorso@givar.it**

Causale: "Iscrizione corso primo soccorso pediatrico, data e luogo"

Intestazione: G.I.V.A.R. - Gruppo Infermieri Volontari Assistenza Rapida

Banca: PrimaCassa Credito Cooperativo FVG

IBAN: IT 67A 08637 64190 0000 23020503

Il corso si terrà al raggiungimento di numero 15 persone, altrimenti verrà annullato previa comunicazione. Il numero massimo di partecipanti è di 25 persone. Per la validità del corso e il conseguimento dell'attestato di partecipazione bisogna seguire le complete 8 ore.

Non si ha diritto al rimborso in caso di non partecipazione al corso.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa privacy resa ai sensi dell'Art. 13 Regolamento Europeo 2016/679, e di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali, per le finalità ivi indicate.

Data _____ Firma _____