



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI
SANT'ANTONIO DI GALLURA

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CORSO DI PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO.

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
tel. _____ Mail _____

DICHIARA IL PROPRIO INTERESSE A FREQUENTARE IL CORSO DI PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO

Dichiara di aver letto e compreso l'avviso e di essere a conoscenza che il corso di primo soccorso pediatrico, si svolgerà solo nel caso del raggiungimento del numero degli iscritti minimo ;

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;

Sant'Antonio di Gallura, lì _____

Firma _____

- Si allega copia documento di identità dei richiedenti, in corso di validità;