



**Centro di Formazione CROCE VERDE VIAREGGIO srl**

Corso Giuseppe Garibaldi, 208 – Viareggio (Lu)

Cell. 335/6668515 - Tel. 0584/30885

email: [blsd@croceverdeviareggiosrl.it](mailto:blsd@croceverdeviareggiosrl.it)



# CORSO - BLSDa

Pre-iscrizione da compilare ed reinviare al:  
**[blsd@croceverdeviareggiosrl.it](mailto:blsd@croceverdeviareggiosrl.it)**

BLS-D (5 ore)

BLS-D Retreining (2 ore)\*

**PREFERENZA SVOLGIMENTO CORSO:**

Infrasettimanale:

Sabato:

Domenica:

Mattina:

Pomeriggio:

Sera:

Codice

Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

Nome

nato/a a:

prov.

il

residente a:

prov.

c.a.p

via/p.zza/  
q.re:

n°

ASSOCIAZIONE/  
AZIENDA/ENTE  
oppure PRIVATO

recapiti:

tel.

cellulare

e-mail:

Note:

**\* In caso di Retraining Compilare i campi sottostanti**

Centro di Formazione

Data Rilascio:

N° Certificato

Direttore del Corso

Pagamento: Contanti Bancomat/C.C. Bon. Bancario Altro: \_\_\_\_\_

Fatturare a: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ SDI/PEC. \_\_\_\_\_

Referente sig. sig.ra \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Data: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Firma per accettazione: \_\_\_\_\_