



Spett.le  
SEGRETERIA  
COMITATO PROVINCIALE  
AUTONOMO DI TRENTO  
Email: [info@figctrento.it](mailto:info@figctrento.it)  
Fax : 0461/ 984140

## ADESIONE CORSO BLSD PER UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

La SOCIETÀ: \_\_\_\_\_

### ISCRIVE AL CORSO DI FORMAZIONE BLSD I SEGUENTI NOMINATIVI:

COGNOME e NOME:

_____	<input type="checkbox"/> 31/01/2015

IN FEDE

*La società richiedente*

\_\_\_\_\_

*Firma del Presidente*

Data \_\_\_\_\_

---

**Nota:** Si ricorda che il “decreto Balduzzi” troverà la sua piena applicazione (salvo deroghe) nel gennaio del 2016. Il costo procapite per ogni partecipante è fissato in **Euro 50,00**. Il corso BLSD avrà la durata di **8 ore** e si svolgerà in un’unica giornata di sabato dalle ore 8.00 del mattino alle ore 16.30 del pomeriggio. Una volta raccolte le adesioni si procederà all’indicazioni dei luoghi di svolgimento. Successivamente a questa prima fase di formazione, il Comitato si riserva di organizzare altri momenti formativi prima dell’entrata in applicazione del suddetto decreto. Eventuali altri sedi verranno individuate sulla base del luogo di residenza degli iscritti. Con riferimento alle sedi si indicano Trento, Rovereto, Piana Rotaliana, Cavalese, Tione, Cles, Levico Terme.