



**MODULO 136B**  
**SCHEMA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO CeFRA**

CeFRA/Soggetto erogatore :

Articolazione territoriale del CeFRA (sede evento formativo):

Tipologia del corso:  Trasporto Sanitario Semplice  
 Trasporto Sanitario  Modulo J  
 Soccorso Sanitario Extraospedaliero

CODICE: \_\_\_\_\_

**Cognome (\*)**

**Nome (\*)**

**Data di nascita (\*)**

**Luogo di nascita (\*)**

**Codice Fiscale (\*)**

**Comune di residenza (\*)**

**CAP (\*)**

**Indirizzo (\*)**

**N°**

**Partecipazione in qualità di (\*)**

- Dipendente Associazione \_\_\_\_\_  
 Volontario  
 Servizio Civile

**Recapito telefonico domicilio**

**Recapito cellulare (\*)**

**Indirizzo e-mail (\*)**

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTECIPANTE (\*)

\_\_\_\_\_

(\*) Campi obbligatori

Ai sensi del D.lgs. n° 196/03, la informiamo che i dati da lei forniti saranno utilizzati dal CeFRA/Soggetti erogatori per gli scopi connessi alle attività di formazione.