



Arciconfraternita della Misericordia di Arezzo
Via Garibaldi 143 – 52100 Arezzo
Tel. 0575 24242 – E-mail: info@misericordiaarezzo.it



CORSO SOCCORRITORI – LIVELLO BASE / AVANZATO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il corso è gratuito e aperto a tutti.

Per accedere al corso di livello base è necessario aver compiuto il 16° anno di età .

Alla presente domanda di iscrizione deve essere allegata:

1. attestazione medica di “idoneità psicofisica al servizio sanitario e di emergenza” (deve essere riportata questa esatta dicitura) rilasciata in data non antecedente ai tre mesi
2. una fototessera
3. domanda di iscrizione alla Misericordia e ricevuta versamento quota sociale di 20 € - documentazione e versamento presso la sede della Misericordia tutte le mattine dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 12.30.

Il Corso è organizzato dalla Misericordia di Arezzo con la collaborazione della Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia ai sensi della legge 25/2001.

Il corso sarà tenuto da personale infermieristico e da formatori abilitati dalla Confederazione Nazionale.

I dati contrassegnati dall'asterisco (*) sono obbligatori

Cognome(*)	Nome(*)	[fototessera]
Data di nascita(*)	Luogo di Nascita(*)	
Indirizzo(*)	Città(*)	
Telefono	Cellulare(*)	
Email(*)	Titolo di studio	
Professione		

Informativa sulla Privacy (D. lgs. 196/2003) - Con riferimento alle disposizioni del D. lgs.196/03, La informiamo (Art. 13 D. lgs.196/03) che i Suoi dati personali, da Lei forniti volontariamente, vengono da noi trattati esclusivamente per l'iscrizione al corso. Alcuni dati contenuti nel modulo, sono obbligatori per poter procedere all'iscrizione. I suoi dati potranno, in caso di superamento dell'esame, essere trasmessi agli organi competenti per l'iscrizione negli appositi albi soccorritori e detentori di brevetto BLS-D. Il trattamento dei dati è eseguito in modo manuale e informatizzato su supporti elettronici protetti da password e in via del tutto riservata.

Titolare e responsabile del trattamento è la Misericordia di Arezzo, Via Garibaldi 143, 52100 Arezzo (Ar), alla quale Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento ed in modo del tutto gratuito, per consultare, integrare, far modificare o cancellare i Suoi dati o per opporsi in tutto o in parte al loro utilizzo ai fini predetti, come previsto dall'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Dichiaro di aver letto e compreso tutto quanto riportato sulla presente domanda.

Data _____

Firma _____

Riservato Misericordia	
Nome e Cognome di chi riceve la domanda	Data di ricezione della Domanda