**CORSO BLSD PER OPERATORI LAICI NON SANITARI**

**05-16 aprile 2024**

**DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30**

**Ufficio Scolastico Territoriale RE via Mazzini 6 RE**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_

Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studente dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede di iscriversi al corso in oggetto **(contrassegnare la data prescelta con una x):**

**Venerdì 5.04.24 Lunedi’ 08.04.24 M**

**Martedì 09.04.24 Martedì 16.04.24**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con l’art.13 del Decreto Legislativo 30.06.2003,n.196”Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data |  | Firma |  |

**N.B. La parte teorica si svolgera’ in modalità FAD tramite apposita piattaforma dedicata ( 1 ora).**

**La parte pratica siterra’ in presenza nelle date indicate nel rispetto del seguente orario: 8.30-13.30 (5 ore)**

**Timbro dell’Istituto Firma del Dirigente Scolastico**