Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* genitore esercente la potestà genitoriale
* tutore

**DICHIARO**

di essere stato informato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sulle:

* modalità di svolgimento del corso teorico/pratico BLSD laico
* sui contenuti trattati durante le parti teorico/pratiche del corso BLSD laico
* sulle modalità di esecuzione della parte pratica del corso BLSD laico (manovre di rianimazione cardio polmonare e utilizzo di defibrillatori semi automatici esterni - dae).

Avendo compreso e conscio di quanto informatomi

**AUTORIZZO E CHIEDO DI ISCRIVERE**

mio/a figlio/a – il/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a frequentare il corso BLSD laico organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in collaborazione con ANPAS LOMBARDIA

 Data e luogo Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da riconsegnare compilato e firmato con allegato copia del documento d’identità del genitore/tutore.