



Via Castellani, 25 - 48018 Faenza - www.csifaenza.it
 tel. 054621569 fax. 0546/665133 csifaenza@racine.ra.it

La società _____ telefono _____
 e-mail _____ iscrive al corso di formazione per l'utilizzo dei
 defibrillatori i seguenti nominativi. A fianco di ciascuno sono indicate le disponibilità.
 Allega la somma di € 50 a persona, restituibili qualora non si raggiunga il numero minimo di
 adesioni negli orari indicati

Nome e cognome	Disponibilità - preferenze	lu	ma	me	gi	ve	sa
	Mattino (8 30 – 13 30)						
Nato il	Pomeriggio (14 30 – 19 30)						
Tel.	Sera (19 – 24)						
Annotazioni:							
Nome e cognome	Disponibilità - preferenze	lu	ma	me	gi	ve	sa
	Mattino (8 30 – 13 30)						
Nato il	Pomeriggio (14 30 – 19 30)						
Tel.	Sera (19 – 24)						
Annotazioni:							
Nome e cognome	Disponibilità - preferenze	lu	ma	me	gi	ve	sa
	Mattino (8 30 – 13 30)						
Nato il	Pomeriggio (14 30 – 19 30)						
Tel.	Sera (19 – 24)						
Annotazioni:							

Altre annotazioni o richieste:

.....

.....

.....

.....

_____, _____

Il presidente