



Società Italiana di  
Partoanalgesia

**RICHIESTA ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE S.I.E. SIAATIP**

**ATTENZIONE SCRIVERE IN MODO CHIARO STAMPATELLO**

**Il sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **Nato/a** a \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**alla via** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **tel** \_\_\_\_\_

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

**PROFESSIONE** \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL SEGUENTE**

**ESECUTORE BLS-D E PBLSD.**

**IL CORSO SI TERRA' A SANT'ANTIMO SABATO 21/ 02 ORE 09.00**

**ATTENZIONE IL CORSO SARA' ATTIVABILE CON MINIMO 15 PERSONE**

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_